

Desidamos

Sobre nuestra
sexualidad
y reproducción



Revista de FEIM • Año XII • Número 2 • Octubre 2004 • Argentina

> **Bangkok 2004**
XV Conferencia Internacional
de SIDA:

"Acceso para todos"



FUNDACIÓN
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACIÓN
DE LA MUJER

**CONSEJO ASESOR
INTERNACIONAL**

Prof. Jorge A. Benetucci

Sra. Marge Berer (UK)

Dr. Pedro Chequer (Brasil)

Sra. Amparo Claro (Chile)

Lic. Eva Giberti

Dr. Jorge Gilardi

Prof. Nelly Minyersky

Dra. Adriana Procupet (España)

Juez Martín Vazquez Acuña

Dr. Laurent Zessler

COMITE EDITORIAL

Directora

Dra. Mabel Bianco

Coordinadora

Dra. Laura Pagani

Miembros

Lic. Catalina Abifadel

Dra. Adriana Basombrio

Lic. Cecilia Correa

Dr. Rodolfo Kaufman

Lic. María Inés Re

Dra. Eugenia Trumper

Diseño de tapa

Estudio Celis Bernardo

Promoción Publicitaria

Elsa Bruzzo

Composición e Impresión

Altuna Impresores S.R.L.

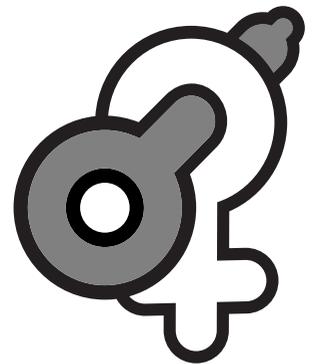
correo-e: altunar@uolsinectis.com.ar

Revista Propiedad de la
Fundación para Estudios
e Investigación de la Mujer

Paraná 135, 13, Capital Federal
Registro Nac. de la Prop. Intelectual
N° 326.301

Año XII • Número 2
Octubre 2004 • Argentina

**Revista de la Fundación
para Estudio e Investigación
de la Mujer**



Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

INDICE

EDITORIAL

- "Liderazgo, tema central", por Mabel Bianco 3
- "Enfrentando la dupla VIH-tuberculosis", por Nelson Mandela 4
- "Intervenciones estructurales y comunidades vulnerables", por Dennis Altman 5
- "Oportunidades y desafíos en la reducción de la transmisión heterosexual del VIH", por Quarraisha Abdool Karim 9
- "Derechos humanos y políticas nacionales en VIH. El impacto social", por Irene Khan 13
- "Microbicidas hoy", por Zeda Rosenberg 17
- "Tratamientos futuros", por David Ho 20
- "Vacunas: ¿Dónde estamos? ¿Adónde vamos?", por José Esparza 21
- "Que necesitamos hacer diferente", por Embajador Randall Tobias 24
- "Liderazgo y VIH/SIDA", por Kofi Annan 27
- "Compromiso político y rendición de cuentas", Yoweri Kaguta Museveni 29

HUMOR

- Quino 2
- Sendra 4, 16



© Joaquín S. Lavado - Quino - Publicado con autorización del autor



LIDERAZGO, TEMA CENTRAL

Este año, por primera vez en la historia de casi 20 años de Conferencias Internacionales de SIDA, se incorporó un programa completo de LIDERAZGO. Este programa tuvo por objeto señalar las contribuciones de líderes de distintos sectores y campos en relación al VIH/SIDA.

El programa abarcó simposios, mesas redondas, encuentros especiales con distintos líderes, y también Foros de distintos líderes. Estos Foros especiales fueron 17 y correspondieron a distintos grupos, abarcó desde el de Primeros Ministros, Presidentes y otros Ministros de Estados, hasta los de sindicalistas, empresarios, jóvenes, mujeres, representantes de ONGs, HSH, UDI's, religiosos y PVVS. Cada Foro en una o dos sesiones, algunos más numerosos, otros más reducidos, nuclearon a algún grupo de líderes los que discutieron y consideraron las principales acciones necesarias en cada grupo y asumieron el compromiso de llevar a la práctica estas acciones en los próximos dos años. Estos compromisos serán tomados como base en la próxima Conferencia en Toronto 2006 para pedirles rindan cuentas.

Esto no parece algo menor si bien todos sabemos en dos años muchos se pueden olvidar de lo que en cada Foro se planteó y pueden especular no habrá quien recuerde plantear esa rendición de cuentas. Dependerá de todos nosotros quienes, desde hace años trabajamos en VIH/SIDA que el tema no muera y no nos olvidemos. Pero también los organizadores de la Conferencia de Toronto en el 2006 tienen que recordar y tener en claro esto.

Como dijo Quarrashia Abdool-Karim esta Conferencia de Bangkok será recordada porque se trató ampliamente el tema de las mujeres y los jóvenes. Mucho se habló sobre las mujeres y el VIH y también sobre los jóvenes y adolescentes. Otros temas, vinculados a ambos también muy considerados fueron "Sexualidad", "métodos de prevención" y políticas efectivas.

Por primera vez el Secretario General de Naciones Unidas asistió a este tipo de Conferencia organizada por organismos privados y ONUSIDA. Además hubo varios jefes de Estado y Ministros de Salud y otros que asistieron. Los decisores políticos de mayor responsabilidad fueron más que en otras conferencias pero menos de los que muchos esperábamos. ¿Por qué todavía tan pocos? Kofi Annan, Secretario General de Naciones Unidas, aludió indirectamente a esto cuando mencionó como las promesas realizadas en el 2001 en Nueva York, al cierre de la Sesión Especial de la Asamblea General convocada por Naciones Unidas, que planteaba los compromisos a adoptar, a tres años pocos de ellos se cumplieron.

*Cuando en la lectura de las conclusiones en la Sesión de Clausura, Graça Machel presentó el informe general del Programa de Liderazgo, agregó: "En VIH/SIDA hubo muchas promesas incumplidas, en esta conferencia "todos los líderes" tienen claro que en el 2006 en la Conferencia de Toronto deben rendir cuentas respecto a que hicieron para concretar estas promesas". El valor especial esta vez es que los líderes involucrados, no solo son los jefes de gobierno o responsables gubernamentales, sino también todos/as los/as que desde grupos sociales, comunitarios, de personas que viven con VIH y afectadas, de agencias de cooperación multi y bilaterales, parlamentarios, funcionarios gubernamentales, empresarios, trabajadores y sindicalistas, jóvenes, mujeres y religiosos que participaron en los 17 foros están involucrados y comprometidos. **Si pedirles que rindan cuentas será el objetivo central de la Conferencia de Toronto en el 2006, creemos se podrá cambiar el curso de la epidemia. Esperamos sea por esto por lo cual se recuerde esta Conferencia y también la próxima en Toronto!! Trabajemos para esto y mantengamos vivo este compromiso!!***

Mabel Bianco
Por Comité de Redacción

“ENFRENTANDO LA DUPLA EPIDÉMICA VIH-TUBERCULOSIS”

Nelson Mandela

Estamos aquí reunidos por nuestro compromiso en la lucha contra el Sida, pero no podemos ganar la batalla contra el Sida, si no combatimos también la tuberculosis, una causa demasiado frecuente de muerte en personas con Sida. No tendría por que ser así, conocemos el tratamiento contra la Tuberculosis desde hace más de 50 años. **En lo que hemos fallado es en la voluntad y los recursos para diagnosticarla prontamente, y proveer a los infectados el tratamiento necesario.** También hemos perdido en esta lucha ante la epidemia del Sida. El compromiso anunciado por la Fundación Gates al consorcio CREATE es muy importante. Espero que esta investigación nos provea de nuevas armas para combatir esta enfermedad en los lugares azotados por el SIDA.

Quisiera agradecer y reconocer al Sr. Winstone Zulú, quien compartirá su experiencia en la lucha contra el Sida y la Tuberculosis. Han habido muy pocos sobrevivientes de la tuberculosis que hayan podido compartir su experiencia. Necesitamos más defensores como Winstone que le puedan contar al mundo sobre la tuberculosis y su efecto en tantos millones de personas.

Cuando estaba en prisión, tomaron una muestra de mi esputo y me diagnosticaron tuberculosis. Me

informaron que la habían detectado antes de que aparecieran hoyos en mis pulmones y que en solo cuatro meses me curaría con el tratamiento adecuado. Les conté a mis amigos de la prisión: Walter Sisulu, y otros, del diagnóstico. Mis amigos no comprendieron porque les contaba mis asuntos personales. Pero yo los consolé y les expliqué que los doctores y el personal del hospital sabían acerca de mi situación, y que por eso no veía la razón de esconder esta información a aquellos tan cercanos a mí. Terminé con el tratamiento y estuve completamente curado después de cuatro meses.

Fue exactamente igual con el cáncer de próstata, fui diagnosticado e informado, e informé a mi familia de mi situación. Después llamé a la prensa y también los informé. Otra vez, luego de completar el tratamiento y escuchar los consejos de mis médicos, estuve completamente curado. En ambos casos hablé abiertamente de mi caso, porque sabía que una vez que la gente se enterara de que se trataba, me apoyarían. Los medios me admiraron por declarar mi situación, y yo estoy convencido de que el apoyo de mi familia, amigos y el de la gente en general, contribuyeron a mi curación.

El mundo ha hecho de la lucha contra el SIDA una prioridad. Esto es una bendición. Pero la tuberculosis continúa siendo ignorada. **Hoy llamamos al mundo a reconocer que no podemos luchar contra el SIDA al menos que hagamos mucho más por luchar también contra la Tuberculosis.** ♦

* Comentarios testimoniales en la presentación de CREATE, Fundación Bill y Melinda Gates.



INTERVENCIONES ESTRUCTURALES Y COMUNIDADES VULNERABLES

Dennis Altman¹

Conferencia en memoria de Jonathan Mann dictada en la Sesión Plenaria del 14 de Julio, dedicada a “Asegurando acceso a Jóvenes y Mujeres”

Esta conferencia trataba de intervenciones para Hombres que tienen sexo con Hombres –HSH– Usuarios de Drogas Endovenosas –UDIs– y trabajadores sexuales. Parafraseando a un amigo, se apodararía la “Conferencia de los pervertidos”. El sólo hecho de incorporar este tema muestra las fortalezas y los límites del lenguaje internacional actual en la prevención del VIH. Es fundamental enfatizar y reconocer que algunos grupos, por sus actitudes, son particularmente vulnerables a la infección por VIH, esto conduce a dos suposiciones. Una que podemos dividir a las personas por su conducta en grupos claramente identificables. Otra que todo el mundo tiene el conocimiento y los recursos para realizar elecciones libres, en lo sexual, consumo de drogas, o usar siempre preservativos o agujas descartables. Conservadores y liberales enfatizan la elección: “simplemente decir no” equivalente al consejo practique sexo seguro e inyecciones seguras. Esto ignora la dura realidad, antes de elegir, necesitamos el conocimiento y los medios para actuar sobre ese conocimiento.

En la mayoría de los países pobres, aún hoy se ignora sobre el VIH y las medidas para controlarlo. Una encuesta en Orissa, India, sugiere que el 60% de las mujeres nunca escuchó hablar del SIDA. Si hay algún comentario que resume el legado de Jonathan Mann es **“debemos proteger los derechos humanos porque queremos controlar el SIDA efectivamente, así como proteger los derechos por sí mismos”**. Como director y fundador del Programa Global en SIDA, Mann nos hizo comprender la relación entre salud y derechos humanos. Su trabajo sobrevive a través de la revista Salud y Derechos Humanos y del Centro Boisrouvray en la Universidad de Harvard, y a través de líderes como

Nelson Mandela y otros. Jonathan quería confrontar a las personas con sus acciones, o sus inacciones.

Dada la gravedad de la epidemia, debemos ir hacia una comprensión genuina de la prioridad pragmática y moral de los derechos humanos. Nuestro trabajo conjunto surge del respeto por la vida y la dignidad humanas ligado al concepto de la seguridad. Los últimos excesos de por ej. Rwanda, Camboya y Bosnia, sin respeto por la vida humana no puede haber seguridad. En el África Subsahariana las sociedades enfrentan hoy la posibilidad del colapso y la desintegración debido al SIDA. Si no se controla, el VIH socavará a la sociedad tanto como las bombas de los terroristas. Sin embargo **los recursos para controlar el VIH son mínimos comparado con los que se usan para combatir el terror.**

¿Quiénes son vulnerables?

Mientras nos centralizamos en los jóvenes y las mujeres, no olvidemos que la pobreza, el racismo, la guerra y la opresión limitan las elecciones de muchos hombres. El término “hombre” es problemático, si pensamos en los diversos modos en que se expresa. La herencia de grupos transgéneros como kathoey, bakla, hijra, algunos ejemplos de Asia, nos recuerdan hay muchas formas de masculinidad. Los que se desvían de las presunciones tradicionales de masculinidad son vulnerables al VIH. Tampoco todas las mujeres son igualmente vulnerables. **En general cuanto más social y económicamente marginal sea una población, mayor es su vulnerabilidad a la infección; hay otros grupos que podrían incluirse: los refugiados, migrantes, prisioneros e indígenas.**

El acceso a la prevención es tan importante como al tratamiento, y una demanda igualmente política, porque se trata de nuestro derecho como

¹ Presidente de la Sociedad de Sida de Asia y el Pacífico, Universidad La Trobe.

ciudadanos saludables. Necesitamos no tener que elegir entre aportar recursos a la prevención en desmedro del tratamiento fortaleciendo sólo uno se fortalece al otro. A diferencia del fracaso del acceso a tratamiento, es difícil culpar al mundo rico en general y a las compañías farmacéuticas en particular, por los fracasos de la prevención. Incluso los países pobres pueden tener buenas tácticas de prevención, como Uganda y Camboya.

La tragedia del VIH/SIDA es que sabemos cómo frenar su propagación, pero en la mayor parte del mundo fracasamos. Se enfatizan los problemas inmediatos: falta de preservativos o agujas descartables, cansancio del sexo seguro, falta de voluntad de interferir la inmediata gratificación del sexo y las drogas. **Poco se dice de las barreras políticas, la deliberada negligencia de los gobiernos, la falta de voluntad de hablar abierta y claramente del VIH y sus riesgos, la hipocresía con que simples medidas de prevención son impuestas en nombre de la cultura, la religión y la tradición.**

¿Qué significan las “intervenciones estructurales”?

Son políticas que reconocen que la vulnerabilidad frente al VIH va más allá de las elecciones y conductas individuales, reconociendo estas conductas son producto de factores del contexto más amplio. Las intervenciones estructurales pueden ser tan ambiciosas como la de reducir las inequidades económicas para que las personas puedan tener mejores viviendas y agua potable, pero también pueden describir programas específicos como el intercambio de agujas o la provisión de preservativos a trabajadores sexuales y prisioneros. Involucran a los gobiernos, por sus políticas o por lo menos no interfiriendo con los programas que ONGs y grupos comunitarios realizan.

Imaginen un niño que vive en la calle en Río, o Lagos, forzado a sobrevivir de la prostitución o crímenes menores, que frecuentemente se vuelca a las drogas para paliar el dolor, el miedo, el hambre y el frío. Decirle a ese niño que use preservativos o que no comparta agujas para prevenir una enfermedad que le puede afectar en muchos años no tiene ningún valor. Imaginen una mujer joven, forzada por su familia, a casarse a los 13 años y mantener relaciones sexuales con un hombre más grande que su padre, con el que nunca pudo relacionarse correctamente, insistir en el uso del preservativo, si supiera del peligro de las relaciones sexuales sin protección, es inútil. Imaginen un hombre

joven, forzado a entrar en el ejército, para escaparse de su familia y sobrevivir, introducido en las drogas las posibilidades de rechazar la efímera euforia de un vuelo debido la aguja no está limpia es mínima.

Para millones de personas hoy en el mundo la lucha por la supervivencia diaria es la realidad de la vida cotidiana. Paul Farmer escribió: “Para muchos... las elecciones grandes o pequeñas están limitadas por el racismo, sexismo, la violencia política y la pobreza... Tanto la transmisión del VIH como los derechos humanos son procesos políticos y están enclavados, frecuentemente, en las estructuras sociales desiguales que he llamado violencia estructural”. Hay más ejemplos de interferencia política que impidieron la prevención en VIH, que los que apoyaron. Muchos gobiernos han aplicado sanciones, penas y represión, ignorando que las personas buscarán el placer y la supervivencia de maneras que muchas veces se enfrentan a las normas que líderes políticos, sociales y religiosos difunden de la boca para afuera.

Identidad versus conductas

En el VIH hay una doble vulnerabilidad: los factores económicos y sociales son importantes. Alguien que vende servicios sexuales para subsistir es probablemente más vulnerable al VIH, por la conducta específica, y por la pobreza y desesperación detrás de esa conducta. Hay problema en hablar de “poblaciones vulnerables”, como si fueran discretas y sus límites conocidos: la mayoría de las personas que tienen esas conductas no necesariamente se identifican con ellas.

El miedo de estigmatizar a los hombres homosexuales asociándolos al VIH, fue reemplazado por silencio, mientras la mayoría de las organizaciones que trabajan en VIH/SIDA no reconocen la homosexualidad. En Japón se habla mucho del riesgo de los jóvenes al VIH, pero no se reconoce que muchos jóvenes son homosexuales. **Hablar de la transmisión heterosexual sin reconocer muchos hombres tienen sexo con otros hombres es enviar el mensaje confuso.**

En occidente, las comunidades gays fueron pioneras en dar respuestas al VIH, especialmente el desarrollo de programas de sexo seguro. De la misma forma, como señaló un trabajador en drogas, australiano: “Fuimos nosotros los que, individual y colectivamente a través de nuestras organizaciones, desarrollamos mensajes educativos, capacitamos educadores de pares, enseñamos unos a otros técnicas seguras de inyección, y pasamos el equipamiento y la información de persona a persona”.

Pero no todos los grupos vulnerables se parecen

a los hombres gays o a los usuarios de drogas de las ciudades ricas de occidente. Hay un problema político y conceptual en amontonar distintos grupos en la categoría de “poblaciones vulnerables”. Si las personas pueden organizarse alrededor de identidades particulares puede ser la fuerza más poderosa para la prevención y acción contra el estigma. La historia del SIDA lo muestra así para los hombres gays y los hemofílicos en los países occidentales, para los trabajadores sexuales del mundo subdesarrollado, para las personas viviendo con VIH, en movimientos sociales como TASO en Uganda o TAC de Sudáfrica. Las más grandes valentías han surgido de las personas que han enfrentado el doble estigma de su identidad y su seropositividad, creando las organizaciones comunitarias sin las que muchos de ustedes no estarían hoy en esta conferencia. Su legado es llevado por grupos como GNP y ICW, organizaciones de trabajadores sexuales, hombres homosexuales y transgéneros, y usuarios de drogas, que defendiendo su dignidad humana básica y el derecho a expresarse están creando modelos para el trabajo con VIH.

Mientras organizábamos la Conferencia Interna-

cional en Asia Pacífico en 2001, a la sombra del 9/11, nos inspiramos en la valentía de jóvenes hombres homosexuales en Lucknow, India, que fueron hostigados y encarcelados por las autoridades locales por brindar información básica y recursos para sexo seguro a hombres homosexuales en Uttar Pradesh. También en la India, está la fantástica cooperativa de trabajadores sexuales conocida como el Comité Durbar Mahila Samanwaya, que empodera a los/as trabajadores sexuales para protegerlos/as a ellos/as y a sus dependientes del VIH. Hay ejemplos de personas que establecieron el intercambio de jeringas y la búsqueda de usuarios de drogas en las calles de ciudades como New York o Beijing, arriesgando la persecución e intimidación política y gubernamental.

Antes de esta Conferencia hubo una reunión regional de Ministros en Bangkok, en la que por presión se logró una participación simbólica de comunidades afectadas e infectadas. Las lecciones aprendidas de Brasil y Uganda, de que el trabajo político demanda la completa participación de las comunidades afectadas e infectadas, fueron olvidadas por nuestros gobiernos.

ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

JUNIN 1440 - TEL. 4806-1011/12 - 1113

CAPITAL FEDERAL

Adhesión a la divulgación sobre prevención del SIDA que la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) realiza en beneficio de la comunidad.

¿Qué son buenas intervenciones estructurales?

Estas incluyen legislación social y regulaciones que tienen como punto de partida el mejoramiento de la calidad de vida, la salud y la ciudadanía para todos. Brasil sobresale, con su combinación de programas gubernamentales y no gubernamentales que apuntan a ligar el tratamiento y la prevención, la voluntad de promover los preservativos y las agujas descartables, y el lanzamiento de un plan Brasil sin homofobia. Brasil propuso una resolución en la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, desafortunadamente postergada, en contra de la discriminación basada en la opción sexual.

Existe una tensión creciente entre la evidencia basada en salud pública y su negación, empeorada por una combinación de presiones ideológicas y religiosas, que ven a los Estados Unidos y a sus más terribles opositores unirse en apoyo de legislación represiva. Esto es claro en el uso de drogas. Países como Suiza, Holanda y Australia contuvieron la diseminación del VIH usuarios de droga endovenosa –UDIs– a través de la introducción del intercambio de agujas y reducción del daño. Esto es discutido en E.E.U.U. y en la mayoría de Asia, resultando, en muchos países de Asia y Europa del Este, está empeorando la epidemia en proporciones alarmantes. En Tailandia, país admirado por su respuesta al VIH, las acciones recientes contra la droga han aumentado la vulnerabilidad de los usuarios frente al VIH. Tailandia podría mirar hacia Portugal que ha desplazado a los usuarios del sistema de justicia penal, por sí mismo uno de los grandes factores del daño, y registró una reducción de las infecciones por VIH.

En muchos países continúan las restricciones sobre la educación sexual en las escuelas, la promoción de preservativos y el reconocimiento de que la homosexualidad y el sexo por dinero son realidades en cualquier sociedad. Frecuentemente las intervenciones estructurales más significativas son las que mueven las barreras de la discusión honesta de las conductas humanas. Si la elección es entre las demandas de supersticiones religiosas antiguas, y el poder de los clérigos varones, y probar la información y los recursos para proteger a las jóvenes mujeres y hombres de la infección, ¿puede alguien que cree en un Dios justo, o en un sistema de estándares éticos, tener duda en la respuesta?

Las buenas intervenciones apoyan la elección y protegen a las personas en las elecciones que hacen. En el trabajo sexual significa acciones contra el reclutamiento forzoso de mujeres y niñas para la prostitución. Las/os trabajadoras sexuales necesitan alternativas válidas como medio de vida frente a la

prostitución, a la vez de proteger a las/os que sobreviven a través de la industria del sexo. Extender los derechos de los trabajadores, podría ser una de las intervenciones estructurales más significativas. También lo es el 100% de los programas de preservativos, pero sólo cuando involucra a las/os trabajadoras del sexo mismo.

Las buenas intervenciones estructurales deben considerar la presencia y dignidad de las personas que viven fuera de las expectativas convencionales. Esto involucra la provisión de espacios seguros para las personas cuyas conductas las ponen en riesgo tanto de la violencia de Estado como la no oficial. Estas políticas incluirían espacios para los usuarios de drogas por vía inyectable, como los hay en Suiza, áreas seguras para la prostitución, centros comunitarios para los que se identifican como homosexuales. Las intervenciones efectivas empoderan y remueven el estigma, sostienen los derechos humanos y aumentan la posibilidad las personas se cuiden. Un/a trabajador sexual o un/a usuario/a de droga empoderado/a puede encontrar alternativas más fácilmente que una persona criminalizada o estigmatizada.

Pensar con imaginación y actuar valientemente. En los Estados Unidos o Rusia las prisiones son incubadoras de VIH, reducir el número de encarcelados es efectivo para reducir el VIH. Un cambio radical de la religión, y la voluntad de salvaguardar la vida es más importante que mantener antiguos preceptos morales, puede llevar los recursos y mensajes de sexo seguro a los más vulnerables. Los movimientos para remover las sanciones y las persecuciones de homosexuales y de los/as trabajadoras sexuales son fundamentales para disminuir la infección. En el Sur y Sudeste Asiático, África y el Caribe la homosexualidad es criminalizada por leyes británicas no eliminadas por los anticolonialistas.

En estas Conferencias no se presta demasiada atención al análisis de las barreras que la religión, la política y la hipocresía humana erigen contra los programas efectivos contra el VIH. Los grandes temas que requieren investigación y acción son cuestiones políticas, que involucran cuestiones de poder, control e ideología. A medida que la epidemia avanza tenemos motivos para enojarnos, por la hipocresía de los gobiernos y de los líderes religiosos. Tenemos poca voluntad de confrontar, ignorando los fundamentalistas de todas las religiones perpetúan las inequidades de género y sexuales que incrementan la epidemia. Se escucha la retórica sobre el liderazgo, en vez de analizar ¿qué queremos que los líderes hagan? **Mientras el mundo se vuelve más peligroso e inseguro, y la atención política se centra en la guerra y el terror, como respondemos al desafío de frenar el VIH es una prueba de solidaridad y decencia humanas. ♦**

OPORTUNIDADES Y DESAFIOS EN LA REDUCCION DE LA TRANSMISION HETEROSEXUAL DEL VIH

Quarraisha Abdool Karim*

Conferencia en la Sesión Plenaria del 15 de julio sobre:
“Expandiendo opciones y acceso a Prevención”

Me concentraré en la transmisión heterosexual del VIH, algunas cosas se aplican a la transmisión homosexual. Me centraré en la evidencia de la efectividad del preservativo tanto femenino como masculino, antes de presentar información preliminar acerca de tres futuras y potenciales estrategias de prevención: la quimioprofilaxis anti-retroviral, el control del herpes simple y la circuncisión masculina. Al final me referiré brevemente a la información de las investigaciones recientes que muestran que la promoción del preservativo funciona en los países.

De las estimaciones de ONUSIDA a fines de 2003, surgen indicaciones de la importancia mundial de la heterosexualidad en la infección por VIH. De los 37.8 millones de personas infectadas estimados, cerca del 87% fueron infectados a través de transmisión heterosexual. De los 4.8 millones de nuevos infectados y de los 2.9 millones de muertos por SIDA en el año 2003, más del 85% fueron personas que lo habrían adquirido a través de relaciones heterosexuales. Esto demuestra la importancia de este modo de transmisión.

La transmisión heterosexual es importante en África Subsahariana y en la mayoría de los países del mundo, particularmente el sudeste de Asia, donde ocurrió uno de cada cuatro nuevos infectados en 2003. La transmisión heterosexual no sólo es importante en la diseminación de la actual epidemia en el África, sino también en las epidemias emergentes en India y China. La mayoría de las epidemias en China y Europa del este crecen principalmente por el uso de drogas

inyectables, que se extiende a la transmisión sexual como el mecanismo secundario de la transmisión.

La transmisión heterosexual está influenciada por algunos factores epidemiológicos: una característica sorprendente es el peso desproporcionado de la infección en mujeres en relación a hombres, como señaló el Dr. Kofi Annan en su conferencia. No solo hay dos veces más mujeres infectadas que hombres, sino que éstas se infectan a menor edad; por lo menos entre 5 a 10 años antes que los hombres.

Entre los varones jóvenes de 15 y 19 años existe baja prevalencia de VIH, mientras que las mujeres adolescentes se encuentran cerca del pico de prevalencia. En la mayoría de los países africanos donde predomina la transmisión heterosexual es clave la alta incidencia de VIH en mujeres entre 14 y 24 años, como resultado de relaciones con hombres de mayor edad. *Si consideramos la prevalencia en mujeres embarazadas en áreas rurales de Sudáfrica desde 1992, observamos ese año la máxima prevalencia en mujeres entre 20 y 24 años. Centrándonos en las de 20 a 24 años la prevalencia creció a 21.1% en 1995 y al 39.3% en 1998, y alcanzó el 50.8% en el 2001. En un estudio de cohorte, del grupo de “graduados de escuelas secundarias en 1992”; en 1995 había un infectado cada cinco, en 1998 alcanza a uno de cada cuatro de ellos y llega a uno de cada tres de ellos en 2001.*

En muchas partes del mundo y particularmente en África Subsahariana, la población migrante por conflictos armados o necesidades económicas, crea grupos de hombres y mujeres que viven lejos de sus hogares, con la consiguiente inestabilidad conyugal y

* Médica Epidemióloga. SudAfrica

la rotura de la cohesión social, factores importantes en la diseminación del VIH. Las tasas de prevalencia en parejas inestables son 2 a 3 veces mayores comparadas con las estables.

El cuarto factor de mayor influencia en la transmisión sexual es la presencia concomitante de otras enfermedades de transmisión sexual. ***Cochran analiza ocho estudios en que muestra que otras ETS aumentan el riesgo de transmisión del VIH en alrededor de 4 veces.*** La información epidemiológica sobre género, edad, migración y ETS muestra que la infección y prevención del VIH no es un asunto simple sino un desafío complejo y multifactorial, tanto biológico como social.

Nuestro conocimiento de los mecanismos biológicos es incompleto. Estudios demuestran que tanto el semen como las secreciones vaginales tienen células libres de virus, linfocitos T y macrófagos que contienen VIH. El contagio de VIH no disminuye con la vasectomía, lo cual sugiere que ni los espermatozoides ni otros componentes del semen liberados por los testículos son la principal fuente del virus en el semen. Mientras tanto el semen como las secreciones vaginales pueden transmitir la infección, es relativa la importancia de las células asociadas y las células libres de virus como la fuente del mismo. Incluso no es claro si las células epiteliales juegan un rol como blanco de infección. Los linfocitos T CD4+ están presentes tanto en la uretra del hombre como en la vagina de la mujer, pero continua siendo poco claro como las células CD4 del canal o la mucosa están involucrados en el proceso de infección. Si los CD4+ de la mucosa así como las células dendríticas y los macrófagos son el primer foco de infección a nivel genital, entonces el conocimiento tradicional de la necesaria ruptura del epitelio para que ocurra la infección no es cierto.

Algunas observaciones importantes a nivel epidemiológico proveen ciertas claves; el estado inmune, es decir el conteo de CD4 independientemente de la carga viral, está estrechamente correlacionado con la presencia de VIH en semen y vagina. El VIH es detectado más frecuentemente en etapas avanzadas de la enfermedad. La combinación de estos factores aumenta el riesgo de infección a 3 por cada 10.000 contactos en hombres y 20 por cada 10.000 contactos en mujeres, en relaciones sexuales pene-vagina. Por lo tanto las mujeres tienen 7 veces más riesgo de ser infectadas. Esta relación aumenta en relaciones pene-ano, donde la relación por sexo es mayor a 20:1, marcando **la im-**

portancia del sexo anal como factor de mayor riesgo no sólo en hombres homosexuales sino también en mujeres.

Los mensajes de prevención mencionan poco el sexo anal en mujeres, siendo esta forma de relaciones sexuales cada vez más frecuente, ya sea para evitar embarazos, o porque se cree de menor riesgo. Si comparamos el riesgo de transmisión por relaciones sexuales heterosexuales con la transmisión secundaria al compartir agujas, ésta última crece a un 60 por cada 10.000, comparada con 80 por cada 10.000 contactos en receptores de sexo anal. Esta información biológica y epidemiológica debe guiar los objetivos de la prevención que consta de dos componentes: 1) **disminuir las relaciones sexuales en parejas discordantes** (uno está infectado y el otro no); y 2) **disminuir el riesgo de transmisión por relaciones sexuales en estas parejas.**

La abstinencia y las relaciones sexuales monogámicas de por vida son críticas para reducir el número de encuentros sexuales discordantes y deben ser promovidas como parte de cualquier tipo de estrategia integral de prevención. **No deben ser promovidos como excluyente de otros tipos de prevención, ya que la abstinencia y la monogamia pueden no ser una opción para muchos,** como los migrantes. Para aquellos que no pueden reducir el número de relaciones sexuales discordantes, la meta es reducir la probabilidad de la transmisión en este tipo de relaciones. En este contexto los preservativos femeninos y masculinos proveen una opción comprobada de prevención.

Existe información confiable que asegura que el uso continuo de preservativos reduce la incidencia de VIH en por lo menos un 80%, considerando los diferentes niveles de efectividad descritos en distintos estudios. Un estudio sobre parejas discordantes, no mostró que había nuevas infecciones en aquellos que usaban el preservativo en todas sus relaciones sexuales; mientras que la incidencia era de 4.8% en aquellos que no lo utilizaban en todas sus relaciones. Como método anticonceptivo para prevenir embarazos los preservativos tienen un 86 a un 97% de eficacia. Por lo tanto, hay evidencia suficiente que muestra la eficacia de los preservativos si se utilizan correcta y constantemente.

El fácil acceso es un punto crítico en el uso constante del preservativo. La estrategia gubernamental de promoción del preservativo es un excelente ejemplo de los buenos resultados en lograr un mayor acceso. La distribución de preservativos aumentó

drásticamente de 250.000 unidades en el año 2000 a 267.000 en el 2001 y a 350.000 en el 2002. Esto no incluye la distribución a través del mercadeo social ni del sector privado.

Un estudio en Sudáfrica realizó un seguimiento de 384 personas que recibieron preservativos y de los 5528 preservativos que obtuvieron del sector público y de centros de atención primaria; y estableció que luego de 5 semanas, el 43.7% de los preservativos fueron utilizados en relaciones sexuales, 1 de cada 5 fueron dados a otras personas para ser utilizados en relaciones sexuales, 8.5% fueron descartados o extraviados y un 26% quedó disponible para su uso. La buena noticia es que, menos de 10% fue desperdiciado y la mayoría de los preservativos obtenidos fue utilizado.

En la década pasada el preservativo femenino surgió como otro método de barrera disponible. Los estudios *in vitro*, sugieren su impermeabilidad para el virus del VIH. Distintos estudios demuestran que son tan efectivos como los preservativos masculinos para prevenir embarazos y ETS. Existe preocupación sobre si la promoción del preservativo femenino podría reducir el uso del masculino, desplazando al masculino sin aumentar el uso global del uso del preservativo. La información de la introducción del preservativo femenino en Brasil utilizando estrategias comunitarias y de salud demuestran independientemente de la estrategia usada, un aumento sustancial del número de relaciones sexuales protegidas. En otras palabras el número total de relaciones sexuales protegidas por preservativo aumentó substancialmente mostrando el efecto positivo de la introducción del preservativo femenino.

Respecto a potenciales estrategias de prevención aún no probadas por falta de estudios de control al azar, ¿Qué información preliminar sugiere que la quimioprofilaxis antirretroviral puede prevenir la transmisión heterosexual del VIH? La racionalidad del uso de la quimioprofilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión sexual proviene de un estudio realizado por Quinn y colaboradores en una pareja discordante ugandesa con uno de sus miembros infectado; que demuestra una fuerte relación entre el aumento de la carga viral y la probabilidad de transmisión de VIH, independientemente esta transmisión sea de hombre a mujer o viceversa. Atento una alta carga viral aumenta el riesgo de transmisión, se impone preguntarse si intervenciones para disminuir la carga viral pueden reducir la probabilidad de la transmisión del VIH. El

aumento del acceso al testeo voluntario y consentido y al HAART crea una nueva oportunidad para integrar prevención y tratamiento. El impacto del HAART en la reducción de la carga viral es una oportunidad para evaluar si el uso de HAART en personas VIH positivas puede disminuir el riesgo de nuevas infecciones, y constituirse en una posible estrategia de prevención en personas VIH positivas.

Distintos modelos matemáticos estiman un 80% de reducción en la transmisión con el uso de medicamentos antirretrovirales. Sin embargo es escasa la información empírica que se cuenta, un solo estudio observacional realizado por Múscico y colaboradores demuestra un 50% de reducción en la transmisión del VIH en parejas discordantes en las que se utilizó monoterapia con AZT. Está surgiendo más información, como en Taiwán donde el número de nuevos infectados ha disminuido acompañando el aumento de la terapia antirretroviral. Mientras esta información preliminar habla de una potencial estrategia, “pruebas de concepto” son urgentemente necesarias y la posibilidad de intervenciones más complejas tales como triple terapia de por vida, necesitan ser confirmadas. Se están desarrollando varios estudios. Hay un gran número de estudios en evaluación, el más notable es un estudio fase III de la red de estudios de prevención desarrollado por Mike Cohen y colaboradores que busca evaluar la efectividad del HAART en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH en parejas discordantes. Algunos desafíos en la implementación de la profilaxis antirretroviral incluyen la necesidad de conocer el status del VIH y por lo tanto requieren programas de testeo voluntario y consentido bien desarrollados. Además se requeriría de una infraestructura de salud efectiva que provea cuidados y medicamentos de por vida.

Otra inquietud es la persistencia de conductas de riesgo evidenciadas por la alta incidencia de otras ETS en individuos VIH positivos que podrían opacar los beneficios de la quimioprofilaxis antirretroviral e incluso aumentar la transmisión de formas más resistentes del virus. Inclusive si la adherencia al HAART fuera escasa, aumentaría la resistencia viral y complicaría posibles intervenciones como nuevas combinaciones de drogas. Otro aspecto es el costo, debe estudiarse si la intervención sería benéfica en los términos de costo – beneficio.

Ahora voy a centrarme en la relación entre el herpes simple tipo 2 y el VIH. La racionalidad para estas intervenciones se basa en: 1) Datos provenientes

de Larry Corey y colaboradores, demuestran que la infección subclínica por virus herpes simple tipo 2 y su reactivación elevan los niveles sanguíneos de ARN viral. La infección del herpes simple tipo 2 aumentaría las posibilidades de transmisión del VIH. 2) Los datos muestran como en pacientes VIH positivos que tienen enfermedades genitales ulcerosas aumenta la probabilidad de transmisión del VIH por relaciones sexuales, cuatro veces. 3) El uso diario de valcyclovir podría reducir la transmisión en portadores del VHS 2 en parejas discordantes, apoyando que los antirretrovirales reducen la transmisión del VHS 2. Está en estudio una vacuna para prevenir la infección por VHS 2, otro mecanismo para disminuir la transmisión.

Información obtenida de estudios realizados por Maria Waewer y colaboradores en parejas discordantes ugandesas demuestra el alto riesgo de transmisión del VIH en presencia de VHS 2 en el/la compañero/a a través de cargas virales. Datos preliminares provenientes de zonas rurales de Tanzania, muestran incidencia de VIH trece veces mayor en hombres incidentalmente con VHS 2 en comparación a tasas seis veces mayores con infecciones prevalentes de VHS 2. Entre trabajadores sexuales y sus clientes en Puna, India; las tasas de incidencia de VIH tipo I eran cuatro veces mayores si se acompañaban de infecciones incidentales de VHS 2, en comparación a infecciones prevalentes con VHS 2. Esto evidencia la relación entre VHS 2 y VIH, pero no alcanza para avalar intervenciones específicas. Es necesario un estudio de control al azar que pruebe que la terapia anti VHS 2 podría reducir la infección del VIH, esto lo está desarrollando la Red de Estudios Preventivos de Connie Celum y colaboradores.

La tercera estrategia potencial a la que me voy a referir es la relación del VIH y la circuncisión masculina. Cochram analizó varios estudios observacionales que sugieren un beneficio protector de la circuncisión masculina en grupos de alto riesgo. La mayoría de estos estudios son de tipo cruzados y casi todos muestran un efecto protector de la circuncisión; sin embargo hay algunos elementos que podrían ser distractores, tales como el tipo de prácticas sexuales, la religión, higiene genital, la carga viral y el estado inmunitario. Un estudio de cohorte en parejas discordantes evidencia una incidencia de VIH en individuos seronegativos de 0% en los circuncidados comparado con un 16.7% en los que no lo están. Cochram en 13 estudios observacionales de población general, muestra la falta de asociación de

VIH y circuncisión masculina en la población general, esclareciendo la necesidad de un estudio al azar para resolver este debate. La evidencia actual es insuficiente para considerar la circuncisión masculina como una posible intervención. Tres estudios de control al azar en fase III, en Sudáfrica, son evaluados, sus resultados deberán ser cuidadosamente evaluados para tomar decisiones.

¿Podrían la implementación de ciertas intervenciones a nivel de la transmisión heterosexual del VIH llevar a una reducción y a un control del mismo a nivel nacional?. Evidencia de Uganda demuestra como un conjunto de intervenciones sociales, políticas y biológicas pueden reducir las tasas de VIH en ese país, mientras el VIH continua diseminándose a tasas alarmantes en países vecinos y en otros países del África Subsahariana. **Posponer el inicio sexual, así como el aumento del uso de preservativos, juega un papel clave en el éxito en Uganda.** No necesitamos ir más lejos para ver como el uso de preservativos logra un mayor control del VIH, como aquí en Tailandia. El programa de promoción "100% preservativos" en trabajadores sexuales iniciado en 1993 tuvo un impacto substancial en la disminución de las tasas de incidencia de VIH en Tailandia y modificó substancialmente el curso de la epidemia.

La promoción del uso de preservativos masculinos para reducir la transmisión de VIH es efectiva tanto en estudios e investigaciones como en programas reales y es crítico en la prevención de la transmisión heterosexual de VIH en los países en desarrollo, como se demostró claramente en Tailandia y Uganda. La promoción del preservativo femenino podría incrementar el número de relaciones sexuales protegidas, disminuyendo la transmisión heterosexual de VIH. Información preliminar sugiere que la profilaxis antirretroviral, el control de VHS 2 y la circuncisión masculina podrían también disminuir esta transmisión. Así como la conferencia de Durban es recordada por su impacto en el acceso al tratamiento, recordaré la de Bangkok por el énfasis en la mujer y la juventud. Aprecio y agradezco a quienes mencioné por su contribución y también al esfuerzo y trabajo de mucha gente que es esencial si pensamos en los nuevos tratamientos e intervenciones preventivas que demuestren ser efectivos, seguros, accesibles y disponibles para todos los países pobres del mundo. ♦

DERECHOS HUMANOS Y POLITICAS NACIONALES EN VIH. EL IMPACTO SOCIAL

Irene Khan*

Conferencia dictada en la Sesión plenaria del 16 de julio dedicada a:
“Superando los desafíos a través del empoderamiento y la acción”

Una crisis en los Derechos Humanos

Déjeme comenzar contándoles qué sucedió esta semana en China. Dos días atrás, cuatro personas VIH+, fueron detenidas en Shanggiu provincia de Henan, después que protestaran por la inadecuada atención en salud y otros servicios para personas que viven con VIH/SIDA. Dos de ellos eran padres de chicos, que protestaban por el cierre de la escuela de sus hijos. La escuela se había establecido por Li Dan para los hijos de padres VIH+ o que hubieran muerto por SIDA, pero la escuela fue cerrada cuando Li dijo a las autoridades que vendría a Tailandia a participar de esta Conferencia. Este caso evidencia que el VIH/SIDA es una crisis de los Derechos Humanos.

La necesidad del enfoque del VIH/SIDA basado en los Derechos Humanos nunca fue tan crítica, fundamentalmente porque las amenazas contra los Derechos Humanos asociados al SIDA nunca fueron tan significativas. A pesar del incremento en la financiación el compromiso político y el progreso en las respuestas al SIDA, la escala y el impacto de la crisis continúa creciendo y descalificando tanto las respuestas globales como locales a la pandemia. El fracaso en proteger los derechos y dignidad de las personas está alimentando el SIDA y empeorándolo. A pesar que los activistas se percatan hace tiempo de que proteger los Derechos Humanos es fundamental en cualquier estrategia que encare el VIH/SIDA, los Derechos Humanos aún están muy lejos de ser un componente vital en los programas de SIDA en muchos países. Muchos gobiernos solo buscan una rápida so-

lución al VIH, sin reconocer todavía que la violación a los Derechos Humanos aumenta la vulnerabilidad de las personas a la infección y que las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) frecuentemente sufren graves abusos de sus Derechos Humanos. Se deben enfrentar esas causas y consecuencias para que la lucha contra el SIDA sea exitosa. Incluso donde se reconocen que las violaciones a los Derechos Humanos aumentan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, los cambios en la naturaleza de la epidemia nos desafían a re-conceptualizar los abordajes de la crisis basados en los Derechos Humanos.

En países con una prevalencia relativamente baja, “olvidarse de la epidemia basada en los Derechos Humanos” fue históricamente asociado a políticas y prácticas de minimización del daño, y en algunos casos de criminalización de grupos “de riesgo”, tales como trabajadores sexuales, usuarios de drogas endovenosas, hombres que tienen sexo con hombres, y también cada vez más las mujeres. Sin embargo, la emergencia creada por la naturaleza de la epidemia en los países de alta prevalencia está exigiendo una comprensión más sofisticada de la epidemia y su relación con los Derechos Humanos, debe superar la prevención y la minimización del daño, promoviendo la dignidad e igualdad de las PVVS.

Ayer, visité un complejo al norte de Bangkok, donde son atendidas PVVS. Me conmoví profundamente por la esperanza y coraje de los que viven con VIH/SIDA y el optimismo y compromiso de los que los atienden. Pero, lo que realmente me impresionó fue como la dignidad y valor de cada persona es respetada y apreciada. En el país que se erige como modelo de programas de prevención integrales el mensaje es claro: **debemos luchar contra el VIH/SIDA no sólo**

* Secretaria General de Amnesty Internacional.

a través de la educación e información de cómo evitar la infección, sino también reconociendo la igualdad y dignidad de cada persona que vive con VIH/SIDA. Una estrategia basada en el miedo a la infección no puede tener éxito, un éxito a largo plazo sólo puede ocurrir a través de un abordaje basado en valores, el valor de los Derechos Humanos y dignidad humana. No olvidemos que la Declaración Universal de los Derechos Humanos comienza dando prioridad a la dignidad. Eso es lo que **acceso para todos significa: Derechos Humanos y dignidad para todos.**

Luchando contra la discriminación

El acceso para todos significa luchar contra la discriminación que aumenta la vulnerabilidad a la infección y más abusos de Derechos Humanos. La no discriminación es un principio central fundamental de los Derechos Humanos. Bajo las leyes internacionales toda persona tiene el derecho de ser tratado de forma igualitaria y tener iguales oportunidades. **Los gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar la misma protección a todos bajo la ley así como igual acceso a buenos servicios públicos.** El principio de no discriminación es crítico porque como todos sabemos, la enfermedad, la muerte y la discapacidad nunca se distribuyen en forma pareja. Su distribución está determinada por las distintas capacidades de las personas de acceder a la información, comprender y reducir los riesgos, y acceder a servicios de prevención y atención. También está determinada por los distintos niveles de ingresos, educación y de poder adquisitivo.

Por eso donde miremos, la discriminación y la inequidad están conduciendo la epidemia. **Donde el VIH/SIDA pega fuerte, incrementa las inequidades existentes y crea una combinación fatal de estigma y abandono.** Cuando a las personas se les niega el derecho a la salud, los que sufren no sólo son los menos poderosos, sino también los que más necesitan. **Cuando a las personas se les niega el derecho a la información y se ponen restricciones a la libertad de expresión, la vulnerabilidad a la infección aumenta porque la información y la educación son claves para la prevención y control.** Cuando las personas son forzadas a huir de sus casas y convertirse en desplazados o refugiados son más vulnerables al VIH. Cuando se les niega el apoyo y los servicios adecuados, su riesgo de infección aumenta. **Analicemos el caso de Tailandia, la persecución de los usuarios de drogas endovenosas por el Estado los conduce a la marginalidad, impidiendo su acceso a los servicios y ayuda que necesitan para**

reducir el riesgo de infección. Un informe reciente del Human Rights Watch señala consecuentemente el riesgo del aumento de las infecciones. Tailandia, que es ampliamente reconocida como líder en la lucha contra el SIDA, arriesga comprometerse, por su abordaje a las drogas y los usuarios.

Pero no sólo la discriminación empeora la epidemia, las personas que viven con el VIH/SIDA sufren continuas y significativas violaciones a sus derechos. Se arriesgan a ser apartados de su comunidad, echados de su trabajo y excluidos de la protección de las leyes. Los niños VIH+ de padres VIH+ pueden ser excluidos de las escuelas o padecer el riesgo de ser segregados.

Mujeres y VIH/SIDA

Por lo tanto no es sorprendente que la epidemia de VIH/SIDA encuentre nuevas víctimas entre los que tienen un status desigual en la sociedad. **La relación entre violaciones de los derechos humanos, vulnerabilidad y VIH se muestra claramente cuando observamos el impacto en las mujeres. La inequidad y violencia de género lleva a que mujeres y niñas se infecten como nunca antes. Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH en el mundo, pero en el África Subsahariana las mujeres representan el 57%. En esta región las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años tienen dos veces y medio más probabilidad de estar infectadas que los hombres. En Sudáfrica una de cada cuatro mujeres es VIH + a los 24 años, una tasa doble de infección en relación a los hombres.**

La situación desigual política, económica y social de muchas mujeres determina que tienen mayor propensión a la violencia y menor capacidad de negociación de sexo seguro, ambos factores las exponen a un mayor riesgo de infección. Las investigaciones muestran que las mujeres golpeadas o dominadas por sus parejas tienen 50% más probabilidad de infectarse con el VIH, comparado con las mujeres que no sufren violencia. La violación de mujeres, sea en un campo de batalla, un callejón o en un dormitorio las expone gravemente al riesgo de infección. En mi visita a la República Democrática del Congo en octubre pasado, encontré cientos de mujeres víctimas de la guerra que habían sido violadas y abusadas como parte de una estrategia para aterrorizar y desplazar a la población civil, y que fueron infectadas con el VIH. Muchas de ellas luego fueron abandonadas por sus esposos porque fueron mancilladas por el enemigo.

Durante una visita reciente a Ciudad del Cabo

me relataron la historia de Lorna Mlofana, una educadora comunitaria de la Campaña Acción en Tratamiento de esta ciudad. Fue violada por un grupo de hombres que luego la golpearon hasta la muerte cuando les dijo que era VIH +. También en Sudáfrica escuché sobre Nombulelo una esposa sumisa durante muchos años. Un día descubrió que estaba infectada con el VIH. Cree que se infectó a través de la novia de su esposo que murió de SIDA. Nombulelo enfrentó a su marido con la verdad y le pidió que se testeara. El se fue dejándola que cuide sus cuatro hijos, más cinco de su hermano y tres de sus hermanas que murieron de SIDA. La vida es dura para Nombulelo pero cree que la verdad la liberó. Escuchando a las mujeres como Nombulelo, siento que **mientras para los hombres el SIDA es una amenaza que los mataría en 10 años, para las mujeres es un peligro diario que modela sus vidas.**

Las investigaciones sobre la relación entre la violencia doméstica y el VIH/SIDA en Uganda demostraron que los hombres prefieren pegar a sus esposas antes que enfrentar la realidad del SIDA y aceptar realizarse la prueba de VIH, o permitir que sus mujeres busquen consejo y testeo para el VIH. Frente a la revelación de un resultado VIH + muchas mujeres enfrentan el abandono, mayor riesgo de abuso por su pareja, familia y comunidad, e incluso la muerte como resultado directo. Los mismos factores sociales y económicos que hacen a las mujeres vulnerables a la infección actúan en las experiencias de las mujeres una vez que están infectadas. Una mujer VIH + frecuentemente soporta una doble carga: la infección, el abuso, el abandono, la marginalización social y la pobreza. Tiene que cuidar a los enfermos, preocuparse por la transmisión del virus a sus hijos, y por quién cuidará de ellos cuando ella no esté.

El VIH/SIDA deja un legado más allá de una generación. Las chicas de familias humildes afectadas por el VIH frecuentemente interrumpen su educación porque deben cuidar a sus familiares. Sus posibilidades y elecciones disminuyen tanto que a veces deben recurrir al comercio sexual para sobrevivir o trabajar en situaciones que las expone al abuso sexual y a la violencia, aumentando su riesgo de morir de SIDA. Muchas huérfanas de SIDA sufren riesgo de abuso físico y sexual, de tráfico y de trabajos peligrosos. Pero las mujeres son las que sufren las peores consecuencias de estos abusos, especialmente la violencia sexual y física.

El camino futuro

Hablé de las mujeres, pero podría haber ha-

blado de la misma forma de las mujeres migrantes, personas desplazadas y refugiados, minorías étnicas y comunidades indígenas, jóvenes, discapacitados, prisioneros, trabajadores sexuales, usuarios de drogas endovenosas y minorías sexuales. **El mensaje clave en esta conferencia es que es probable, defendiendo los derechos humanos, ayudar a prevenir el VIH, salvaguardar la dignidad de las personas que viven y están afectadas por el virus y mitigar el impacto social y personal del virus.** Como organización de Derechos Humanos con más de 1.7 millones de miembros en 74 países en el mundo, Amnistía Internacional está comprometida en hacer más campañas contra los abusos que aumentan la epidemia y los abusos que se incrementan por el VIH. Como organización que se dedicó tradicionalmente a los derechos civiles y políticos está ahora expandiéndose al área de los derechos económicos, sociales y culturales, estamos comprometidos a aprender de otros activistas, agencias y actores y a comprometernos a trabajar con ellos para promover un abordaje de la pandemia basado en una visión integral de los derechos.

Permítanme finalizar enfatizando tres puntos: **Primero, los gobiernos son los que tienen la responsabilidad primaria sobre los derechos humanos y deben reconocer su responsabilidad para respetar, proteger, y cumplir con los derechos humanos,** y también establecer claros mecanismos institucionales para descargar esa responsabilidad. La retórica se debe traducir en realidad, la responsabilidad debe conducir a rendir cuentas. En el campo de los derechos humanos sabemos cuán frecuentemente los gobiernos evaden la responsabilidad y le escapan porque no hay claras indicaciones sobre a quién protegen los derechos humanos, y cómo. Sin un claro marco nacional que detalle las responsabilidades institucionales para responder al SIDA, es imposible establecer mecanismos claros de participación y compromiso en efectuar programas de SIDA. Ante la ausencia de este marco institucional, los gobiernos están muy dispuestos a esconderse detrás de la confusión y postergar las decisiones.

Segundo, se deben tomar medidas concretas para asegurar igual acceso y la no discriminación. Deben revisarse urgentemente las leyes, políticas y prácticas, y volver a revisar donde sea necesario para asegurar el acceso a todos y la no discriminación. Esto debería incluir reformar leyes de salud pública, criminales, y correccionales así como legislar para proteger de la discriminación a las personas, con particular enfoque en los grupos vulnerables y las personas que viven con VIH. El marco legal de un país es un componente crítico en la respuesta efectiva al VIH. Mientras que la prevención, el tratamiento y

los servicios de atención accesibles, apropiados y de calidad son vitales, sin un marco legal que establezca la igualdad, corremos el riesgo de consolidar las inequidades que incrementan la epidemia y empeoran su impacto.

Tercero, se debe crear un ambiente contenedor para las personas en riesgo y para las que viven con el virus. Un componente vital de este tipo de ambiente es el compromiso de involucrarse activa y significativamente con las personas que viven o están afectadas por el VIH. Se les debe proveer apoyo y servicios legales que los eduque en sus derechos, y les permita buscar ayuda y consejo para reforzar esos derechos. Lo que significa dar apoyo a grupos que representan a personas VIH + y comunidades afectadas, y reconocer el derecho de estos grupos e individuos de expresar a veces su disenso con el gobierno, y la de dar consejo al gobierno sin miedo ni favores. Debemos escuchar a las personas VIH +, no importa las diferencias de opinión, y es lamentable que algunos líderes hayan fracasado esta semana en este propósito. También debemos apoyarlos de forma pragmática y sin juzgarlos. **La prohibición impuesta por el gobierno de E.E.U.U. de dar financiación a las organizaciones que tienen un abordaje basado en los derechos humanos para el trabajo sexual, empeorará las cosas, impidiendo la entrega de información y ayuda a estas mujeres que lo necesitan**

desesperadamente.

Finalmente debemos trabajar para construir una sociedad civil vital y saludable que apoye los esfuerzos para avanzar en los derechos humanos en el contexto del VIH. Una sociedad civil, vital y saludable en la que las organizaciones sociales y comunitarias puedan trabajar juntas interdisciplinariamente, algo muy importante en VIH/SIDA. Sin embargo las restricciones abiertas y encubiertas en la organización y movilización son aún muy comunes en muchas partes del mundo y están inhibiendo la capacidad de las comunidades de trabajar efectivamente con los gobiernos y la de establecer sus propias agendas y prioridades en la lucha contra el SIDA. La intimidación y acoso de los activistas en salud y de los derechos relativos al SIDA es un problema grave, además de ser inconsistente con la prevención, tratamiento y cuidados efectivos de SIDA, y contrarios a los derechos humanos fundamentales. Puede no haber una solución rápida para el SIDA, pero hay un camino efectivo para avanzar. Se requiere el compromiso sostenido de los gobiernos, actores corporativos, organizaciones internacionales y grupos de la sociedad civil para trabajar juntos en colocar los derechos humanos y la dignidad humana en el centro de nuestra respuesta. **La lucha contra el SIDA, para ser exitosa, debe ser una lucha por los derechos e intereses de las personas más marginales.** ♦

HUMOR



MICROBICIDAS HOY

Zeda Rosenberg*

Conferencia dictada en la Sesión Plenaria del 15 de julio, dedicada a
“Ampliando opciones y acceso a Prevención”

Quiero compartir con ustedes los últimos progresos científicos en microbidas y las prometedoras perspectivas del futuro. Todos conocemos las devastadoras estadísticas de la epidemia y cómo afecta desproporcionadamente a las mujeres. En muchas partes de Asia y África, las mujeres soportan el embate de la epidemia, que se evidencia en el incremento de las nuevas infecciones y en la carga emocional y física que padecen como cuidadoras. Más preocupante aún, las mujeres jóvenes, especialmente las casadas, se infectan en niveles alarmantes. El 25% de las mujeres en Sudáfrica están infectadas con el VIH cuando cumplen 22 años. En estudios de Kenya y Zambia, muestran que las adolescentes casadas contraen el VIH a tasas más rápidas que las adolescentes sexualmente activas solteras. Y desafortunadamente, algunas regiones de Asia no están muy lejos. **Por tanto a lo largo del mundo, ser joven y casada son los factores de riesgo más significativos para adquirir la infección por VIH.** Ante estas estadísticas no es difícil explicar por qué se necesitan nuevas estrategias de prevención.

Los actuales abordajes de prevención: abstinencia, ser fieles, y uso de preservativos, no son suficientes. Las mujeres casadas y las que no tienen control sobre sus relaciones no pueden elegir la abstinencia. Muchas de las mujeres que contrajeron la infección de sus maridos o de sus parejas de mucho tiempo, eran fieles. En la mayoría de los casos es el hombre el que elige usar el preservativo o permite el uso del preservativo femenino. Incluso con los mejores programas de promoción del preservativo, es muy difícil lograr altos niveles de uso de preservativo en parejas casadas. E incluso si el preservativo es usado, cuando una pareja busca un bebé, la elección es frecuentemente entre la concepción y la infección, tanto para la madre como para el bebé.

Los microbidas son sustancias que las mujeres pueden colocarse en la vagina para prevenir la transmisión. Pueden presentarse como gel, cremas o emulsiones, que se colocan con un aplicador, venir en esponjas, óvulos o en un fino film que se coloca con los dedos, dispositivos intravaginales como anillos o diafragmas también pueden usarse para liberación de microbidas. Estudios de modelos computarizados, realizados por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, determinaron que la introducción de un microbida 60% efectivo en países de bajos ingresos usado por el 20% de las mujeres evitaría 2,5 millones de infecciones por VIH en 3 años en mujeres, hombres y niños.

Estos productos deberían ser una parte de una estrategia integral para acabar con la epidemia de VIH/SIDA. El acceso al tratamiento y atención son Derechos Humanos básicos vitales para salvar las vidas de millones de personas. Pero las epidemias no se frenan sólo con el tratamiento. El lema de esta Conferencia, “Acceso para todos”, incluye las tecnologías de prevención, tanto las opciones de prevención existentes, como los preservativos masculino y femenino, drogas antirretrovirales para prevenir la transmisión de madre a hijo y las infecciones ocupacionales, y el tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual, importantes co-factores para la transmisión del VIH, pero también tecnologías futuras como las vacunas y los microbidas.

Se necesita urgentemente una vacuna segura y efectiva, que ayude a finalizar con la epidemia, debería hacerse todo para lograrlo. Al mismo tiempo, los microbidas serán herramientas cruciales como métodos controlados por las mujeres. ¿Dónde queremos que los microbidas actúen, que queremos que hagan y también importante, que no queremos que hagan? Las paredes de la vagina están cubiertas con capas superpuestas de células planas. En una vagina sana, las capas de células que cubren sus paredes están intactas, sin interrupciones

* Directora Ejecutiva de Alianza Internacional de Microbidas

en su superficie. El cérvix está al final de la vagina y está cubierto con una fina, simple capa de células. Debajo de la superficie de la vagina y el cérvix, existen células del sistema inmune cuya función es controlar el medio para detectar organismos invasores. Muchas células inmunes pueden estar infectadas por VIH y transportar el VIH fuera de la vagina hacia el resto del cuerpo. No queremos un microbicida que dañe la superficie de la vagina y cérvix y que el VIH logre un mayor acceso a las células blanco. Sería bueno que mientras el microbicida mata a los patógenos, respete a los lactobacilos, bacterias que residen normalmente en la vagina y producen peróxido de hidrógeno, un desinfectante natural. Otro sistema de defensa natural que no queremos cambiar es la acidez de la vagina. Normalmente la vagina es bastante ácida, esto ayuda a matar a los organismos invasores.

Queremos que los microbicidas maten o inhiban el VIH en la vagina y el cérvix. Si observamos el ciclo de vida del VIH, hay muchos puntos de acción para los microbicidas, comenzando con el virus mismo, algunas sustancias llamadas agentes disruptivos de membranas, pueden matar o inhibir el VIH en la cavidad vaginal. Otros microbicidas son diseñados para interferir la emisión del VIH a las células blanco. Algunos de estos inhibidores son poliaminas, moléculas grandes que no bloquean específicamente la emisión del VIH. Otros se diseñan para actuar específicamente con el receptor de VIH, como los CD4 y los CCR5, en la superficie de la célula blanco. Hay un tercer tipo de microbicidas que funciona dentro de la célula blanco, interceptando la transcriptasa reversa, enzima necesaria para la replicación. Estas últimas sustancias, las NRTI5 y NNRTI5, son actualmente, importantes componentes de los regímenes de tratamiento antirretroviral de alta eficacia.

Otro abordaje es la inhibición de la captación del VIH por el sistema inmune que transporta el virus fuera del nódulo linfático. Hay muchos microbicidas en estudio. Los microbicidas listos para ser probados en mujeres por su seguridad y eficacia deben tener una buena actividad contra las vitrocepas circulantes del VIH y baja toxicidad in vitro, que se traduce en un alto índice de selectividad. Otros estudios incluyen la eficacia en modelos biológicos del cérvix y de la vagina. Estos productos no deben alterar las defensas vaginales normales como es la pared intacta o la producción de peróxido de hidrógeno, por los lactobacilos. Además los microbicidas no deberían causar inflamación adicional. Sustancias químicas y citoquinas reclutan más células blanco en el área y pueden aumentar la replicación viral.

La evaluación de las respuestas inmunoinflamatorias de la mucosa cérvico-vaginal, son esenciales para la selección de microbicidas anti VIH seguros. CONRAD, desarrolló un modelo con conejas, para evaluar la inflamación y reclutamiento de células blanco. En este modelo los animales se exponen durante 3 días a placebo o a microbicida. Luego se lava la vagina y el fluido es evaluado para IL-1B, una citoquina inflamatoria, así como para células T. El experimento con la carboximetil celulosa y la jalea Ky como control y el 9-monoxynol (N9) y los análogos de la acylcarnitina (ACA), probados como microbicidas, mostró que tanto el N9 como el ACA inducían altos niveles del IL-1B y mostraron altos niveles de células T en las muestras de lavado vaginal.

El excipiente es muy importante, dependiendo del mecanismo de acción del microbicida, la fórmula farmacéutica puede mantener el elemento activo dentro de la vagina, en la superficie del epitelio, o dentro del tejido. Las fórmulas pueden diseñarse para satisfacer un determinado esquema de aplicación. Por ejemplo, algunos geles o cremas pueden liberar la droga durante 24 horas. Algunos microbicidas pueden colocarse en aros intravaginales que liberen el producto durante un mes o más tiempo. Las fórmulas también pueden diseñarse para tener propiedades antiinflamatorias, ser lubricantes o secantes, actuar como espermicidas o tener actividad contra otras infecciones de transmisión sexual. La selección de la fórmula apropiada para maximizar la actividad de cada sustancia activa, también se hace con costo, estabilidad y pensando en la seguridad de producción. También es importante como el producto se ve, se siente, huele o saborea, ya que un microbicida altamente efectivo que nadie quiere usar, no va a prevenir ninguna infección.

¿En qué punto del desarrollo estamos ahora? En los últimos 10 años, ha aumentado el número de productos que entraron en desarrollo preclínico y clínico. Esto se debe al trabajo de mucha gente en los últimos 15 años, tanto en la investigación y desarrollo de productos, así como en la abogacía. La Alianza para el Desarrollo de Microbicidas y la Campaña Global de Microbicidas son dos grupos importantes de activismo. En 2004, hay dos microbicidas que han comenzado a probar su eficacia, C31G / o SAVVY®, un agente de acción de superficie, y el CARRAGUARD®, un inhibidor de la entrada del virus no específico y algunos otros detrás. Los resultados serán importantes en este campo. Hay otros cambios, uno es en el tipo de producto que se desarrolla hacia aquellos productos que actúan específicamente en la entrada, adherencia y replicación.

En los últimos 10 años, la ciencia en VIH avanzó significativamente, y el desarrollo de los microbicidas está incorporando los progresos de la terapéutica en VIH para desarrollar productos más potentes. La mayoría de los microbicidas en estudios preclínicos y de seguridad representan una nueva generación de agentes activos, los nuevos microbicidas tendrán combinaciones de drogas con distintos mecanismos de acción.

Dos años atrás, la Alianza Internacional para los Microbicidas (IPM), se creó para acelerar el desarrollo de microbicidas seguros, efectivos y accesibles para las mujeres de países pobres. El IPM está trabajando en áreas donde existen oportunidades para movilizar los estudios. Primero está la selección y financiación de los productos más prometedores, para que puedan desarrollarse lo más rápido posible. Si un producto pasa exitosamente algunas pruebas, debe pasar rápidamente hacia el siguiente. Si no es prometedor, la investigación debe terminar y buscar otros productos. Como el fracaso es esperable una línea de salida ininterrumpida de productos es necesaria. Por lo tanto, junto con otros, debemos financiar y desarrollar la siguiente generación de productos para reemplazar a los que fracasen y para agregar a aquellos que puedan ser exitosos, de manera de mejorar continuamente el nivel de eficacia. Para lograr esto, el IPM está trabajando junto con las compañías farmacéuticas que tienen compuestos antirretrovirales. En un reciente convenio, Johnson & Johnson y Tilotec, dieron a IPM una licencia libre de franquicia para desarrollar, elaborar y distribuir TMC 120, como microbicida en países pobres.

IPM tiene experiencia específica en el diseño de fórmulas farmacéuticas. Estamos apoyando la elaboración de fórmulas para ayudar a los que desarrollan microbicidas a que optimicen la actividad de las drogas en desarrollo. También contribuimos a identificar las vías regulatorias más efectivas y eficientes, de modo que los microbicidas sean aprobados y comercializados lo más rápido posible. Mientras que los requerimientos regulatorios sobre eficacia y seguridad son cruciales en todo el mundo, el perfil riesgo-beneficio de los microbicidas, diferirá entre las regiones de alta incidencia y los países desarrollados. En los países desarrollados las agencias regulatorias son reglamentadas por ley para aprobar productos basados en el perfil riesgo/beneficio, para sus propias poblaciones.

En un artículo reciente abordamos el tema de los costos potenciales tanto en nuevas infecciones y recursos que puedan tener los requerimientos regulatorios basados en el perfil riesgo/beneficio de los países desarrollados, como un segundo estudio de

control no ciego para medir la potencial reducción en el uso de preservativos, o el estudio individual de cada droga en los productos combinados, y sugerir direcciones positivas que los entes reguladores pueden tomar para asegurar un microbicida seguro y eficaz, llegue al mercado lo antes posible en los países en desarrollo. En los países con alta incidencia de VIH, será un desafío importante desarrollar la capacidad suficiente para los ensayos clínicos en microbicidas. Los actuales ensayos de los seis microbicidas que están por empezar o ya empezaron los estudios de eficacia, incorporarán más de 20.000 mujeres en los próximos tres años. Esto consumirá la capacidad existente, de modo que IPM y otros centrarán importantes recursos en los próximos años para ayudar a establecer capacidad adicional para los nuevos productos, que se espera entren en estudio de eficacia a fines de 2005-2006.

Un aspecto del desarrollo de los microbicidas, frecuentemente olvidado, es el acceso. Como se vio en esta Conferencia, adquirir el tratamiento efectivo para las personas que lo necesitan, es un gran desafío. Para los microbicidas, lograr un producto efectivo, será un enorme éxito. Sin embargo, tendremos el más estrepitoso fracaso si ese producto exitoso no llega a las mujeres con mayor riesgo. **Los microbicidas tienen que estar accesibles tan pronto como se desarrollan**, en vez del tradicional espacio de diez años o más, entre la aprobación del producto en los países industrializados y la introducción en los países en desarrollo. El IPM y otros también analizan los factores que intervienen en la introducción de un producto incluyendo las licencias, la importación, la distribución y el financiamiento. Obviamente, hay mucho para hacer y muchos desafíos a abordar antes de obtener un microbicida de amplia accesibilidad. **A diferencia de las vacunas, no hubo inversiones del sector privado en el desarrollo de los microbicidas.** Fueron los gobiernos y fundaciones los que contribuyeron y apoyaron su desarrollo. Como dijo Vincent O'Neill, de la Ayuda Irlandesa, en "Microbicidas 2002" en Amberes, Bélgica, "nuestro único fracaso será no intentarlo". **Necesitamos liderazgos en todos los niveles, desde políticos hasta comunitarios, desde gobiernos a científicos, y de las mujeres de todo el mundo que quieren esta nueva tecnología.** Con este liderazgo, con recursos financieros suficientes, con los esfuerzos colaborativos y la experiencia en desarrollo de productos, confiamos en que las mujeres de los países en desarrollo tendrán acceso a microbicidas seguros y efectivos dentro de cinco a diez años.♦

TRATAMIENTOS FUTUROS

David Ho*

Presentación realizada en el Simposio Satélite “Planeando un rumbo exitoso en el tratamiento antirretroviral” organizado por Glaxo Smith Kline el 11 de julio

Luego de la replicación viral, numerosos viriones salen de la célula huésped. Uno de los tratamientos contra el HIV está dirigido a inhibir la acción de la transcriptasa reversa por medio de los inhibidores no nucleósidos y nucleósidos. Otro tratamiento bloquea la acción de la proteasa lo que origina viriones inmaduros que no infectan. Mediante la combinación de estos tratamientos se puede lograr un control sostenido de la infección por VIH. En 1995, una paciente inició tratamiento combinado y su carga viral actual es indetectable luego de 9 años de tratamiento. Con estos tratamientos combinados se ha logrado una reducción drástica de la mortalidad relacionada con el VIH en los países desarrollados.

Aún en los pacientes con viremia indetectable hay una supresión incompleta de la replicación viral, lo que indica la necesidad de encontrar mejores agentes antirretrovirales. En un futuro próximo, dos nuevas clases de fármacos estarán disponibles mientras la investigación continúa desarrollando opciones terapéuticas a largo plazo. **Es evidente que los inhibidores del ingreso viral a las células blanco van a constituir una adición importante a las opciones terapéuticas actuales y este tipo de fármacos va a ser muy importante en poco tiempo.** En los últimos diez años se ha aprendido mucho sobre la manera de unión del VIH al receptor y a la membrana celular. A medida que este proceso de entrada sea mejor entendido, se va a poder desarrollar más fármacos contra este paso fundamental de la infección viral.

La membrana viral tiene un complejo que consiste en trímeros de la glucoproteína externa GP120 y de la proteína de transmembrana GP41. Desde hace más de 20 años se sabe que el VIH encuentra sus células blanco, CD4 y macrófagos, mediante una interacción específica de la GP120 y el CD4. En la actualidad, esta interacción puede ser inhibida mediante moléculas pequeñas como el agente BMS 488043 o por medio de anticuerpos dirigidos contra el CD4 o la GP120. Luego de esta interacción se produce un cambio en la conformación de la GP120 que luego encuentra su camino hacia el co-receptor celular. Este co-receptor se

denomina CCR5 y de manera alternativa el VIH también produce un co-receptor que se denomina CXCR4.

Existen numerosas moléculas que son antagonistas del CCR5 y que bloquean la interacción entre la glicoproteína del VIH y el co-receptor celular. Este tipo de tratamiento se ha desarrollado en los últimos años y seguirá desarrollándose en el futuro. Un antagonista del CCR5 ha demostrado ser seguro y bien tolerado cuando se lo administró a voluntarios sanos. No provocó prolongación del QTc y debido a su prolongada unión al receptor puede administrarse una o dos veces por día. Los datos disponibles indican que es necesario seguir estudiando este fármaco en personas infectadas con VIH. Otra molécula antagonista del CCR5 se denomina SCH-D y, administrada en un estudio a personas VIH positivas, produjo una reducción de 1,5 veces de la carga viral. En los próximos años se va a generar información clínica que va a probar la utilidad del agregado de los inhibidores del CCR5 a los tratamientos actuales. El bloqueo del CCR5 podría volverse peligroso porque el VIH podría utilizar un receptor alternativo como el CXCR4. Existen varias moléculas pequeñas que inhiben este receptor, pero que no pueden atacar con el mismo grado de inmunidad que los inhibidores del CCR5.

Luego de la unión del virus al receptor y co-receptor, la proteína GP41 se adhiere a la membrana celular y se produce una aproximación espontánea de las membranas mediada por la GP41. Es importante encontrar una molécula pequeña que pueda bloquear esta interacción. En la actualidad, los fármacos que bloquean la entrada del virus a la célula están basados en péptidos grandes o en moléculas recombinantes que son difíciles de administrar, excepto por medio de inyecciones, y que además tienen un costo elevado. Está claro que los inhibidores de la entrada viral a las células van a ser utilizados en un futuro no muy lejano.

Durante años se ha sabido que la mutación de la integrasa viral impide que se complete el ciclo vital del virus. Pero ha habido numerosos problemas técnicos en la búsqueda de inhibidores de la integrasa. Se podrían diseñar varios modelos que imitaran el proceso de integración, pero generalmente los inhibidores no funcionan muy bien contra la replicación viral en cultivos de tejidos. En los últimos años, los investigadores han encontrado modelos que reproducen

* Director Científico y CEO del Centro de Investigación sobre SIDA, Aaron Diamond, Estados Unidos

el proceso de integración in vivo y por lo tanto se han podido seleccionar inhibidores de la integrasa que bloquean la replicación del VIH. Estos compuestos están disponibles en los Estados Unidos y han empezado a ser estudiados en ensayos clínicos. En la próxima Conferencia Internacional habrá una gran cantidad de información sobre estas moléculas.

El factor infeccioso del virion, VIF, es necesario en las células T para crear partículas infecciosas, y en la actualidad se sabe como este factor hace que los viriones sean más infecciosos. El VIF se une a una molécula llamada APOBEC3G que es llevada a nuevas células infectadas. Al ser, la APOBEC3G, tan importante para la sobrevivencia del virus se vuelve también muy importante como opción terapéutica.

Desde 1997 se sabe que junto con el virus que se replica en forma rápida y activa, y que representa el 99,9% de los virus presentes, se encuentra una pequeña fracción de VIH infeccioso dentro de los CD4. Todavía no se ha podido eliminar totalmente al virus del organismo debido a la prolongada vida media de

estas células. El desafío es encontrar estrategias que permitan depurar estas células CD4 que albergan virus infecciosos mientras los pacientes reciben tratamiento antirretroviral. También se podría controlar la diseminación del VIH desde los reservorios mediante la inducción de potentes respuestas inmunitarias específicas para el VIH con vacunas terapéuticas.

Se puede remarcar que: mediante los tratamientos combinados se puede lograr un control sostenido de la infección por VIH; los inhibidores del ingreso viral a las células blanco van a constituir una adición importante a las opciones terapéuticas actuales; los antagonistas del CCR5 que bloquean la interacción entre la glicoproteína del VIH y el co-receptor celular se han desarrollado en los últimos años y seguirán desarrollándose en el futuro; los inhibidores de la integrasa están disponibles en los Estados Unidos y han empezado a ser estudiados en ensayos clínicos y la diseminación del VIH desde los reservorios podría ser controlada con vacunas terapéuticas mediante la inducción de potentes respuestas inmunitarias específicas para el VIH.♦

VACUNAS: ¿DÓNDE ESTAMOS? ¿ADÓNDE VAMOS?

José Esparza*

Conferencia dictada el 15 de julio en la Sesión Plenaria dedicada a:
“Ampliando opciones y acceso para prevención”

Les presentaré un conciso panorama sobre el desarrollo actual de las vacunas del VIH y en que dirección vamos. Desde que el VIH fue descubierto todos tenemos la esperanza que se desarrolle una vacuna efectiva. El primer estudio de fase I de una vacuna se realizó en 1987. Desde entonces más de 80 estudios de pequeña escala, fase I y II, se realizaron aproximadamente con 30 diferentes posibles vacunas. Estos estudios demostraron que son seguras y que inducen diferentes grados de respuesta inmune específica para el VIH. El año pasado tuvimos resultados del primer estudio de eficacia de una vacuna. El último año la comunidad científica llegó a la conclusión que desarrollar una vacuna de VIH es el desafío científico

más difícil que enfrenta la Ciencia biomédica y para tener éxito, necesitamos explorar nuevos paradigmas sobre como organizar nuestras investigaciones. Esto nos lleva a proponer que se establezca una Empresa Mundial de Vacuna del VIH. Las dos estrategias clásicas para desarrollar vacunas virales son: virus inactivados y virus vivos atenuados. Estas no se usaron nunca al azar en estudios clínicos de vacunas preventivas de VIH por razones de seguridad. Las vacunas probadas en humanos contienen sólo partes del virus, subunidades que no pueden producir la infección, pero pueden incluir respuestas inmunes protectoras.

Desde la neutralización de anticuerpos dirigidos contra la superficie del virus, la cubierta glucoproteica gp120 y gp160 o péptidos sintéticos, fueron los primeros productos evaluados como posibles vacunas del VIH. Generaciones subsiguientes de posibles vacunas se

* Director de Vacunas en Unidad SIDA, Organización Mundial de la Salud. Ginebra

centraron en proteínas internas y reguladoras del VIH, todas son potenciales objetivos de respuestas inmunes mediadas por células, otro arma del sistema inmune. Estas posibles vacunas son diseñadas como DNA plásmico desnudo, usando diferentes tipos de virus vivos atenuados o vectores bacterianos portadores y expresión de genes VIH. Algunos protocolos usan combinaciones de primera mano de dos posibles vacunas. Es importante apreciar que se desarrollaron diferentes posibles vacunas que se evaluaron en tres secuencias paralelas y superpuestas en estudios clínicos. La primera empezó alrededor de 1984 y se centró en posibles vacunas que inducen la neutralización de anticuerpos. La culminación de estos estudios fue la finalización en 2003 de dos estudios fase III con moléculas monoméricas gp120.

Alrededor de mediados de los '90, un nuevo paradigma emergió de un número de observaciones clínicas y experimentales, sugieren que la inmunidad mediada de células fue un componente importante de la respuesta inmune del VIH. Esto condujo al desarrollo de una nueva generación de vacunas posibles, una de las cuales es una combinación de canarpox y gp120 monomérico, que entró recientemente en una evaluación fase III en Tailandia. En los próximos dos años, otras dos posibles vacunas, serán probadas en estudios fase IIb. Resultados de tres estudios de gran escala van a estar disponibles alrededor del 2009-2010. Esto es lo que demoran estos estudios!. Las posibles vacunas son diseñadas basándose en los mejores avances científicos disponibles cuando se toma la decisión de hacerlas. El ritmo de los descubrimientos en la biología básica del VIH es rápido, es superado por un nuevo conocimiento e incluso nuevos paradigmas. A veces reemplazamos viejos paradigmas sin probar que son erróneos. Pero el campo de las vacunas requiere disciplina para que se prueben hasta completarlos, incorporando nuevo conocimiento en nuestro análisis, mientras completamos los estudios.

La segunda onda de vacunas de VIH está en evaluación de eficacia, una nueva onda de nuevos inmunógenos y combinaciones se están desarrollando en el laboratorio. Tenemos que esperar mucho tiempo antes de que sepamos sobre su eficacia en estudios de gran escala y también estar preparados para enfrentar muchas controversias a medida que nuevos paradigmas tratan de reemplazar los previos.

En la categoría de estudios clínicos, los principales eventos fueron la finalización de dos estudios de eficacia, la iniciación de uno y la planificación de dos nuevos estudios, uno de los cuales se iniciará a fines de 2004 o a principios de 2005. Vax Gen completó dos estudios de eficacias con posibles vacunas de

monomérico bivalente gp120, uno en EEUU y otro en Bangkok. Un grupo de personas conocedoras de todo el mundo, ellos categorizaron estos estudios como "buenas" y "malas" noticias. **Las malas noticias son que las posibles vacunas fallaron en conferir protección significativa en las poblaciones estudiadas.** Las buenas noticias son que los estudios están muy bien conducidos y que obtenemos información definitiva sobre la falta de eficacia de protección de esas vacunas. Ahora tenemos evidencias científicas que indican que una nueva generación de vacunas se va a requerir para inducir anticuerpos relevantes contra el VIH. La controversia sobre la eficacia potencial en subpoblaciones seleccionadas en estudios en Norte América, ahora ha retrocedido, pero aprendimos una lección: en los estudios futuros vamos a tener que considerar al fundamento étnico y de género entre los participantes en estudios. El tercer estudio fase III de vacunas del VIH empezaron a fin de este año aquí en Tailandia para evaluar la eficacia de la protección del régimen. 16.000 voluntarios participarán y más de 2.000 voluntarios ya recibieron su primera inyección. Mientras tanto tendremos que apurar evaluaciones de gran escala de una o tal vez dos, vacunas diseñadas para inducir inmunidad mediada por células. Ambas usan la replicación de recombinantes incompetentes de vectores de Adenovirus 5. Los resultados de estos estudios pueden no ser vacunas comerciales, pero seguramente van a proveer información crítica que ayudará a desarrollar vacunas más efectivas en el futuro.

En los últimos dos años, 22 vacunas posibles están en estudios clínicos fase I y II, en contraste con sólo 7, en julio de 2002. De estos 22 productos incluidas siete vacunas DNA, ocho de vectores virales, tres subunidades o vacunas péptidas, así como cuatro combinaciones primera generación. No esperamos que todas pasen a fase III, nuestro desafío ahora es tener criterios claros para seleccionar las mejores posibles para evaluaciones clínicas futuras. En los últimos dos años, 10 estudios clínicos se iniciaron en países no desarrollados, comparado con 16 estudios desarrollados en los últimos diez años.

Respecto a los estudios iniciados o planificados en países no desarrollados en los últimos dos años, Tailandia es el país que más contribuyó a los esfuerzos mundiales por la vacuna del VIH. Quiero expresar el reconocimiento de la comunidad internacional a los colegas de Tailandia y especialmente a los 20.000 anónimos voluntarios que con su participación en los estudios hicieron la mayor contribución al desarrollo de la vacuna del VIH en el mundo. Durante los últimos dos años hubo hallazgos científicos relevantes. Se obtuvieron nuevos conocimientos sobre mecanismos

de neutralización de anticuerpos y el papel del escudo glicano para enmascarar los epitopios VIH en el evoltorio de glicoproteínas.

Entre los progresos en temas sociales y comunitarios se prestó gran atención a aspectos éticos. Hay consenso que el tratamiento antirretroviral debe ser provisto a voluntarios que se infecten durante los estudios, a pesar que estamos todavía esforzándonos para extender ese beneficio a otras personas de las comunidades de estos voluntarios. **Empezamos a discutir la participación de adolescentes en estudios de vacunas, algo importante porque ellos son una de las principales poblaciones para el uso de las futuras vacunas.** La abogacía para las vacunas VIH ha madurado, se construyeron colaboraciones, mejorando el análisis en profundidad de políticas, aceptando tenemos que pensar a largo plazo. La investigación y desarrollo de vacunas se ha posicionado como parte de una respuesta mundial integral del VIH/SIDA, junto con esfuerzos de microbicidas.

Aprendimos como el VIH se adapta a nivel de la población a las respuestas inmunes restringidas al HLA, informaciones que confirman el papel protector de la inmunidad celular mediada que también sugiere epitopios CTL se incluyan en vacunas futuras. Si bien las vacunas CTL pueden inducir algún nivel de inmunidad protectora en modelos animales, el virus muta escapando al control inmune. Esto sugiere que estamos en vías de desarrollar vacunas que efectivamente previenen la infección crónica del VIH. También hay datos que sugieren que un subset de VIH, es transmitido exitosamente y esos virus tienen características biológicas. Entender mejor este fenómeno ayuda a diseñar mejores posibles vacunas.

Hubo progresos en la evaluación experimental en modelos animales. Una novedad, es el uso de bajas dosis repetidas en mucosa de monos, una aproximación que reproduce mejor la infección natural en humanos. A través de reiteraciones se pueden tener herramientas apropiadas para medir respuestas inmunes de posibles vacunas. Se progresó en técnicas para medir anticuerpos neutralizantes, pero estamos luchando con el significado de algunas técnicas para medir la inmunidad mediada celular.

Se avanzó en la investigación de vacunas VIH a través de iniciativas colaborativas. El Programa africano de Vacunas de SIDA fue lanzado y es un buen modelo para otros programas regionales.

¿Cuáles son los desafíos para los próximos dos años y después? Tenemos que seleccionar muy juiciosamente las posibles vacunas a través de evaluación clínica comparable. Se deben comparar usando ensayos inmunológicos estandarizados. Como no hay sustitutos de los

ensayos clínicos para estudiar la eficacia en humanos, debemos esforzarnos en hacer varias pruebas fase II bien diseñadas para obtener correlaciones de protección inmune si se observa protección. Estos ensayos deberían ser parte de una estrategia que vincule la investigación de laboratorio que permita desarrollar una vacuna VIH altamente efectiva. Pero estos ensayos no podrán ser posibles si no se atiende al desarrollo y manufactura de posibles vacunas, un muy práctico “cuello de botella”, olvidado frecuentemente.

En los próximos dos años queremos ver más investigación sobre biología básica y patógenos del VIH/SIDA. Queremos ver una estrategia organizada para desarrollar un nuevo antígeno capaz de incluir anticuerpos que neutralizan todos los subtipos del VIH aislados. Necesitamos tener mejores vectores CTL, especialmente con habilidad para inducir memoria duradera en vacunas. **Desde el aspecto social y comunitario, necesitamos asegurar que los ensayos de vacunas que se hagan en países no desarrollados, también sirvan para mejorar la prevención y el tratamiento en las comunidades donde se están realizando o planeando.**

Un nuevo paradigma de colaboración internacional se necesita para enfrentar el difícil desafío de lograr una vacuna de VIH. **El nuevo paradigma de crear la Empresa Mundial de Vacuna VIH, se propuso hace un año en un artículo de 24 líderes internacionales.** La Empresa propuesta no es una nueva organización, sí una alianza de entidades independientes, unidas para contribuir a la implementación de un plan científico conjunto. Este plan fue desarrollado por un número de miembros de la comunidad mundial de Vacuna VIH, con insumos de las agencias como ANRS, la Fundación Gates, TAVI, NEA, UNAIDS y otras. Se identificaron cinco áreas provisionarias y están ahora trabajando en los detalles. Recientemente el G 8 en su cumbre en la Isla del Mar, lo apoyaron.

El desarrollo de una vacuna es una de las mayores dificultades que enfrenta la ciencia biomédica. **Responder a este desafío requiere organizarnos diferente, un una tarea intensa y un desafío como la Empresa Mundial de Vacunas VIH.** Se necesita más investigación básica para producir nuevo conocimiento científico, un desarrollo más racional de nuevas vacunas posibles. Mientras tanto, tenemos que continuar probando vacunas en ensayos clínicos, incluyendo pruebas de mayor escala como parte de un proceso de aprendizaje. Cuando desarrollemos una vacuna efectiva, la solidaridad internacional será esencial para tenerla disponible en todos los países y para todas las poblaciones. ♦

QUE NECESITAMOS HACER DIFERENTE

Embajador Randall Tobias*

**Presentación realizada el lunes 12 de julio en la Sesión de Debate:
“Financiando la respuesta al VIH/SIDA: ¿Porqué los donantes no trabajan juntos?”**

La semana pasada, me reuní con diferentes personas. He estado escuchando y aprendiendo de cada uno de ellos. Eso me llevó a pensar en todas las personas de los países pobres que conviven con la devastación de la enfermedad, pero que no pudieron estar aquí hoy con nosotros. Ellos juegan un importante rol en este movimiento, solo debíamos darles la oportunidad. Solo puedo imaginar, lo que todos hubiéramos aprendido, de los colegas de Clemente y de muchos otros que saben de primera mano como se da la batalla contra el SIDA en el mundo. El acceso para todos es un desafío que debemos perseguir en nuestro trabajo diario. Estados Unidos está trabajando para involucrar a las PVVS en el trabajo para implementar el Plan de Emergencia Presidencial. Hemos ejercido nuestro liderazgo en el fondo Global para asegurar que el CCM no tuviera sólo representación, sino la verdadera participación de PVVS del mundo. Estuve en Vietnam antes de esta conferencia y participé de las reuniones inaugurales con nuestro equipo y el gobierno vietnamita. Me reuní con un grupo de jóvenes de PVVS, hablaron con mucho entusiasmo, no sólo de sus propias experiencias, sino también de los desafíos que sus pares atraviesan para protegerse de esta enfermedad. El involucramiento de organizaciones locales, como las de PVVS, es vital para la efectividad del Plan de Emergencia Presidencial. Pronto iniciaremos programas piloto en varios países que permitirán a pequeños grupos aplicar directamente en las embajadas para la aprobación de pequeños subsidios. Este programa quiere asegurar que las organizaciones locales, puedan tener dinero rápido para atender las necesidades de sus comunidades. El presidente de Uganda tiene y tendrá un extenso y absoluto liderazgo, luchó contra esta enfermedad en su país para la prevención centrada en el A, B, C.

Abstinencia funciona... ser fiel funciona... Condones funciona. Cada uno tiene su lugar.

Deseo aclarar la posición de EEUU en prevención. Prevenir el SIDA no es un examen de multiplechoice, no hay una sola respuesta correcta para prevenir esta pandemia. Aquellos que quieren simplificar la solución a sólo un método, cualquiera sea, no entienden la complejidad del tema. Cualquiera que crea que el SIDA se puede prevenir **sólo** con estos tres medios de prevención subestima los desafíos que enfrentamos. Vamos a necesitar liderazgos excepcionales para satisfacer las necesidades especiales de los países. Prevención exigirá que empoderemos a las mujeres. Prevención exigirá que asistamos compasivamente a usuarios de drogas para liberarse de sus oscuras adicciones. Prevención exigirá que encontremos muchos caminos para dar esperanza a las comunidades devastadas por el dolor, el sufrimiento y las pérdidas.

El Plan de Emergencia Presidencial fue diseñado para adaptarse a las necesidades, la tendencia de la epidemia en cada nación y las necesidades de los individuos dentro de ellas. Desde sus principios fundacionales, nuestro plan crecerá e integrará en cada Nación y comunidad, a líderes locales, PVVS, trabajadores y activistas nos ayudarán a definir la implementación del plan para su gente. El Plan, reconoció desde su comienzo, la necesidad de trabajar en cada lugar con los individuos y grupos locales para implementar una estrategia de prevención efectiva. Por ejemplo, la epidemia de VIH/SIDA en Vietnam se debe al uso de drogas intravenosas. Nuestro plan, buscará educar a aquellos que se inyectan drogas sobre el riesgo agregado del contagio del VIH/SIDA, y exploraremos formas para apoyar la prevención y el tratamiento de los usuarios de drogas. El tráfico y la prostitución facilitan la diseminación del VIH/SIDA. **El gobierno de EEUU se opone a la prostitución y actividades afines, que son nocivas y deshumani-**

* Coordinador de EEUU en la lucha mundial del SIDA

zantes, y contribuyen al fenómeno del tráfico de personas. La legislación, y el plan de Emergencia, permite la provisión de prevención, tratamiento y cuidado para las víctimas de prostitución y tráfico sexual. En Vietnam, esperamos que el Plan y las iniciativas del presidente para prevenir el tráfico sexual ayudarán, particularmente a las mujeres y niños, a vivir vidas más seguras y saludables. Esta iniciativa no es simplemente un asunto de dinero, aunque \$15 billones durante cinco años es el compromiso financiero más grande que jamás, una Nación, haya dedicado a una sola enfermedad. Esta iniciativa es acción. Los mensajes de prevención son más efectivos cuando se brindan según la cultura. Esa es una de las razones por las que el Plan de Emergencia enfatiza el trabajo con organizaciones locales como pares. Estoy satisfecho que el 61% de las organizaciones con las que trabajamos son locales.

Debemos pensar en las mejores formas para llegar a los lugares y a las personas más necesitadas. Ellos no siempre pueden encontrarnos. Entre aquellas organizaciones locales, los templos budistas y los monasterios, las iglesias, las mezquitas y las sinagogas están donde nadie más ha podido ir. Ellos han construido confianza y han dado esperanza a generaciones de individuos en lugares donde la esperanza es escasa. Con asistencia financiera de EEUU, este programa proporciona micropréstamos para negocios en barrios de Bangkok. La diferencia que para calificar, los negocios tienen que involucrar la sociedad entre una persona VIH+ con otra que es VIH-.

En Etiopía, me reuní con el Patriarca de la Iglesia Ortodoxa. Estamos asociándonos con ellos porque representan un grupo altamente motivado para llegar a la gente, con mensajes de prevención, y porque ellos tienen un nivel de credibilidad en el país que los extranjeros no tienen. Si fuéramos a trabajar en países en desarrollo pero nos negáramos a trabajar con organizaciones de fe, estaríamos perjudicando nuestra habilidad para salvar vidas. Otra razón para confiar en socios autóctonos en todas las etapas de nuestro trabajo es para asegurar sustentabilidad al programa. Pero la actividad local debe estar sostenida por liderazgos locales.

Cualquier persona justa y razonable, mirando la respuesta en los últimos veinte años, concluiría que el mundo estaba muy lejos de ocuparse de esta lucha con la atención que merece. En el pasado, el mundo desarrollado demostraba ignorancia, e incluso apatía, acerca del SIDA. Todos necesitamos conocer lo inadecuado de la respuesta mundial. Demasiado tiempo

hemos perdido ya. El error más crítico que podemos hacer es permitir que la pandemia nos divida. Estamos esforzándonos por conseguir la misma meta, un mundo libre de VIH/SIDA. Cuando cada día 8.000 vidas se pierden por el SIDA, las divisiones son un lujo que no nos podemos permitir.

El VIH/SIDA es el enemigo real. La negación, el estigma, y la autocomplacencia que lo rodea, también son enemigos reales. Es un imperativo moral que nuestras energías se dirijan directamente a esos enemigos, no a otros. Quizás no acordemos en cada táctica empleada por cada donante y podemos tener opiniones apasionadas sobre como las cosas podrían hacerse mejor, pero debemos trabajar con los otros para encontrar la mejor solución, sabiendo que cada persona en esta lucha quiere salvar vidas. Los EEUU han doblado la esquina, de las épocas de apatía y empatía, a una nueva era de acciones compasivas. Hemos asumido el rol de liderazgo en esta lucha. El presupuesto presidencial para luchar contra el VIH/SIDA en el próximo año fiscal 2005, refleja un incremento de casi tres veces y medio el presupuesto del año 2001.

Nos movemos rápidamente. Hace menos de un año, el Presidente me designó Coordinador del Plan de Emergencia, cinco meses después, recibimos los primeros fondos del Congreso. Tres semanas después comenzamos a utilizar esos fondos. Ya estamos viendo resultados. A los pocos días de recibir los fondos, estábamos viajando para entregar drogas antirretrovirales a personas que viven en zonas rurales en Uganda. A pocas semanas, duplicamos el número de pacientes con antirretrovirales en la zona urbana de Uganda. Pusimos 500 personas en terapia en un solo lugar en Kenya. Uno de nuestros socios está cubriendo otros 500 pacientes en dos países, y están enrolando más pacientes, con un promedio de 220 por semana. Otro socio nos comentó ayer que comenzarán a entregar antirretrovirales en varios centros la próxima semana, expandiendo rápidamente a nuevos países. Hemos ordenado y estamos recibiendo las drogas para tratamiento en casi todos nuestros países foco.

Estados Unidos está liderando la lucha para mantener a las PVVS vivas, recibiendo drogas antirretrovirales, seguras y efectivas. Nuestra intención es proveer drogas adquiridas al menor costo posible, sin tener en cuenta su origen o fabricante, siempre y cuando sepamos que son seguras, efectivas y de alta calidad, pueden incluir productos de marca, genéricos o copias de productos de marca. Nuestra autoridad regulatoria es estricta para asegurar la seguridad y eficacia de las drogas vendidas dentro de nuestras fronteras. Es un

imperativo moral que las personas de los países subdesarrollados bajo programas financiados por EEUU, tengan la misma seguridad que los norteamericanos que usan drogas seguras y efectivas. EEUU no tiene un estándar para sus ciudadanos y otro más bajo para los otros países. Para acelerar el acceso a drogas contra el VIH/SIDA, la administración Bush permite a cualquier compañía en el mundo ser revisada rápidamente por la Food and Drug Administration –FDA-. El nuevo proceso de la FDA incluye el examen de las aplicaciones de compañías que producen copias, solas o combinadas, para venderlas en países en desarrollo, también aplicaciones de compañías que descubrieron las ya probadas mono terapias y ahora producen combinaciones. La FDA está probando manufacturas de ambas categorías y reducirá costos en la emergencia mundial. Cuando una nueva combinación para el tratamiento del SIDA recibe un resultado positivo de la FDA, reconocemos ese resultado como evidencia de la seguridad y eficacia de esa droga. Se consideran idóneos para el Plan de Emergencia Presidencial, tan pronto como los acuerdos de patentes internacionales y las políticas de los gobiernos locales permitan su compra.

Este es el desarrollo de nuestro plan bilateral, además del programa multilateral que apoyamos, la habilitación de las drogas está lejos de ser la mayor limitación de nuestro trabajo. El mayor desafío es la necesidad de capacidad humana y de infraestructura, ignorando estas limitaciones derrochamos dinero y fallamos en resolver los problemas. Las drogas para el tratamiento del SIDA en el mundo no harán ningún bien si quedan en depósitos. En Estados Unidos, tenemos 279 médicos por cada 100.000 personas. En Mozambique, hay 2,6 médicos por cada 100.000 personas. Sólo 500 médicos atienden los 18 millones de personas. En algunos países, la fuga de médicos entrenados es un problema. En Etiopía, hay sólo 2,9 médicos por cada 100.000 personas. Hay que solucionar este tema, incluyendo el desarrollo de nuevos modelos de tratamiento y cuidado de pacientes. Obviamente, nuestra habilidad para entregar prevención, tratamiento y cuidado está limitada sin recursos humanos. En estos primeros años, el Plan está haciendo grandes inversiones en entrenamiento e infraestructura.

Luego de veinte años luchando contra el VIH/SIDA, EEUU tiene una vasta experiencia, infraestructura y relaciones. Por eso estamos en una posición privilegiada para ayudar a llamar la atención en el tema de la capacitación. Nuestra experiencia en el terreno nos está permitiendo implementar nuestro propio Plan con rapidez y asistir a socios internacionales, tales como

el Fondo Global, en construir sus propios programas. Para citar sólo un ejemplo, EEUU ha entrenado rápidamente a 14.700 trabajadores de salud y construido capacidad para más de 900 lugares de cuidados, como parte de nuestro programa de “prevención de transmisión madre-hijo”. ¿Qué significó eso para una mujer en Guyana? Brenda, madre de un niño, realizaba su primera consulta prenatal en su segundo embarazo. Durante la consejería grupal, su visitador de salud, comentó la transmisión de VIH de madres a hijos y como reducir esa transmisión. Brenda que estaba embarazada de 12 semanas, fue a una consejería pre-test, y aceptó realizarse el test, volvió a la clínica a los dos meses, tenía dificultades para encontrar una vivienda, había terminado con su pareja. La enfermera le comentó el resultado del test, era positivo. Brenda reaccionó con desconfianza y luego dolor. Los trabajadores de la salud la tranquilizaron, asegurándole que podía vivir con VIH sana. Cuando le dijo a su madre y sus hermanas, ellas la alentaron a ir al programa para proteger a su hijo de la transmisión. Recibió más consejería y se unió al grupo de apoyo para madres VIH positivas. Cuatro horas antes del parto, Brenda recibió la dosis simple, y el bebé recibió una dosis pediátrica de nevirapina. Su bebé está libre del VIH. Brenda se convirtió en una educadora comunitaria para la Red de PVVS en Guyana. Dijo “hoy, puedo tomarme como ejemplo para hablar a otras mujeres sobre el VIH/SIDA. No estoy avergonzada, y siento que puedo usar mi experiencia para ayudar a otras”. Ese es justamente el tipo de efecto que queremos lograr con nuestra capacitación-construcción, para salvar a la gente del VIH y sus efectos, y para construir liderazgos sustentables en las comunidades. Los programas bilaterales si bien son críticos en el Plan de Emergencia Presidencial no son los únicos. La administración Bush lideró la ayuda para financiar el Fondo Global. El Secretario de salud y servicios humanos de EEUU, Tommy Thompson, es el Presidente del Consejo Directivo. El Fondo Global es una joven aventura, pero la consideramos un muy promisorio vehículo y una parte crítica del trabajo que todos estamos realizando. EEUU es el mayor contribuyente al Fondo, aportando el 36%. Este año EEUU está gastando cerca de dos veces más para la lucha global contra el SIDA. Mi esperanza es que en el futuro, miremos al año 2004, y a esta conferencia de Bangkok, como un punto de cambio en una era de acción compasiva, no sólo de EEUU, sino del mundo entero. Todos compartimos una gran responsabilidad, y el tiempo es poco.♦

LIDERAZGO Y VIH/SIDA

Kofi Annan*

Discurso del Secretario General de Naciones Unidas en la Ceremonia inaugural del 11 de julio

Estoy encantado de estar aquí entre tantas personas que lideran la lucha contra el VIH/SIDA. Es la dedicación de mucha gente como ustedes la que nos hace tener esperanzas en esta lucha. Estamos reunidos en Tailandia, que tuvo tanto éxito en limitar el crecimiento del VIH/SIDA. El éxito es una poderosa combinación de: liderazgo político, asignación de recursos, involucramiento de la sociedad civil, campañas masivas de promoción del uso del preservativo. Nos mostraron que es posible! Esta Conferencia se realiza en Asia, donde el virus está diseminándose rápidamente. Una de cada cuatro infecciones, ocurre en este continente. No hay tiempo que perder para prevenir la epidemia en Asia. Están presentes muchos Ministros de Salud, pero la lucha contra el SIDA requiere el liderazgo de todo el gobierno. **El SIDA es mucho más que una crisis de salud, es un daño al desarrollo.** Hace tres años los gobiernos hicieron una promesa en la Sesión Especial de SIDA de la Asamblea General; **prometieron liberar los recursos, hacer lo necesario para derrotar la epidemia,** y adoptaron metas en la Declaración de Compromiso.

En estos tres años hubo progresos. Aumentaron los recursos a través del Fondo Global de lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria. La mayoría adoptó estrategias nacionales integrales. Los gobiernos trabajan con la sociedad civil, pero todavía falta alcanzar muchos objetivos de la Declaración. Lo más importante es que todavía no logramos reducir el impacto de la epidemia en el 2005 como prometimos. Mientras tanto, vimos emerger un terrorífico patrón: las mujeres llevan el mayor peso de la epidemia, son las que padecen casi la mitad de las infecciones. En Africa Subsahariana, son el 58%. Entre los jóvenes, las niñas y las mujeres jóvenes, son casi dos tercios de las PVVS.

Todavía un tercio de los países no tienen políticas para asegurar el acceso de las mujeres a prevención y cuidado. ¿Cómo podemos permitir esto? Para que la Declaración de Compromiso se mantenga, necesitamos hacer mucho más en varios frentes. Quiero señalar tres áreas en las que debemos centrarnos: **I) ampliar la infraestructura para apoyar el tratamiento y la prevención.** Los programas exitosos en Africa, América Latina y Asia, demostraron que la prevención y el tratamiento son efectivos sólo si: a) las intervenciones llegan a toda la sociedad, b) surgen del propio país, no son impuestas de afuera, c) hay participación de las PVVS y afectadas, d) hay suficientes personas entrenadas para implementar programas exitosos. Esto implica asegurar que los trabajadores de la salud que viven con VIH tengan acceso a ARV. Hay que entrenar nueva gente y reforzar los trabajadores de salud todavía no involucrados. Se incorporará capacidad no convencional, alistando y empoderando a trabajadores comunitarios, voluntarios y PVVS para ampliar los esfuerzos y quebrar el silencio y el estigma.

II) aumentar el poder de niñas y mujeres para protegerse del virus, ¿porqué son las mujeres más vulnerables al virus?, ¿porqué si son las que menos compañeros sexuales tienen fuera del matrimonio, y no se inyectan drogas tanto como los hombres?. Las desigualdades sociales las ponen injusta e inconcientemente en riesgo. Muchos factores conspiran para eso: pobreza, abuso, violencia, falta de información, coerción por hombres mayores, hombres con muchas relaciones sexuales concurrentes, que atrapan a las mujeres en redes de infección. **Se necesita un cambio real y positivo que dé poder y confianza a mujeres y niñas, que transforme las relaciones entre mujeres y hombres en toda la sociedad.** Se necesita educar a las niñas. Educar a las niñas es una necesidad, no una opción, ellas podrán mejorar su auto confianza e

* Secretario General de Naciones Unidas

independencia para protegerse del VIH/SIDA. Tenemos que asegurarles trabajo, derechos para tener bienes y heredar, y asegurarse que tengan acceso a opciones prácticas para protegerse del VIH, incluyendo microbicidas.

III) Fuerte liderazgo. Esto significa: a) quebrar la barrera de silencio que rodea la epidemia, b) lograr el cambio cultural para luchar con efectividad, c) ampliar la respuesta, proveyendo tratamiento a todos. Necesitamos líderes que hablen sobre SIDA con orgullo, no con vergüenza. No queremos más cabezas ocultas, no más temores, no más velos de apatía. Vuestro liderazgo se debe transformar en recursos presupuestarios. Hay que movilizar el aparato del Estado, desde los Ministros de Finanzas, hasta los de Defensa y asociarse con todos los sectores de la sociedad.

Pero el liderazgo proviene no sólo de los que tienen posiciones de poder, también de los compañeros que usan preservativos, de los padres, esposos,

hermanos y tíos que apoyan los derechos de las mujeres. Liderazgo también viene de los docentes que nutren los sueños y aspiraciones de las niñas, de los médicos y consejeros que atienden sin juzgar, de la prensa que da espacios al VIH/SIDA y promueve elecciones responsables de la gente.

Liderazgo de hombres que aseguran que otros hombres se abstengan de conductas sexuales que ponen a otros en riesgo, que liberan a niños y hombres de estereotipos y expectativas que los atrapan, que no demuestren su hombría siendo los “dueños en la casa”, o iniciándose precozmente con una trabajadora sexual. **Liderazgo significa que respetamos los derechos humanos de todos los vulnerables al VIH/SIDA: trabajadores sexuales, usuarios de drogas, hombres que tienen sexo con hombres, incluido el derecho al tratamiento.** Liderazgo significa hacer las cosas distinto, porque entendemos que el SIDA es una enfermedad diferente. Requiere que estemos unidos contra él.♦

COMPARACIÓN FARMACOQUINÉTICA DE DOS FÓRMULAS DE EFAVIRENZ *Ferrari, I. y colaboradores**

En Argentina, existen pocos estudios comparativos farmacocinéticos de genéricos y originales. Este trabajo presenta un estudio de bioequivalencia y biodisponibilidad de Efavirenz genérico: (T- Virorrever) y en relación al original (Stocrim). Se estudió en 18 voluntarios sanos en un estudio al azar doble cruzado. Después de la ingestión de 200 mg de efavirenz, se evaluó la concentración en plasma por sistema cromatográfico. Evaluaciones intra e interdías tuvieron un coeficiente de variación del 10%, con límite de detección 50 mg/ml. Varios parámetros farmacocinéticos (AUC 0-00, AUC 0-144, Cmax, Tmax y T 1/2), se determinaron en plasma para ambos fármacos. Se usaron pruebas estadísticas ANOVA con 20% de intervalo de seguridad para la bioequivalencia. Se encontraron valores que satisficieron el rango 80-125% de bioequivalencia aceptado por la Administración de Alimentos y Medicamentos –FDA– de USA, las guías de la OMS y de la Agencia Europea de Evaluación de Productos Medicinales. **Se concluyó que el genérico es bioequivalente.**

* Laboratorio de Biología Molecular y Bioequivalencia, Universidad CAECE, Buenos Aires, Argentina Abstract n° TuPeB4686, presentado el martes 13 de Julio de 2004.

COMPROMISO POLITICO Y RENDICION DE CUENTAS

Yoweri Kaguta Museveni*

Conferencia en la Sesión Plenaria del 12 de julio dedicada a: “Acceso a recursos: Compromiso y Rendición de Cuentas”

El VIH/SIDA es el mayor desafío del siglo XXI, para evitar más muertes y sufrimiento por esta infección, los líderes de las naciones deben estar resueltos a liderar la lucha y galvanizar los esfuerzos de las comunidades para enfrentar el desafío. Es un problema mundial, pero más del 90% de las infecciones ocurren en países pobres como Uganda. ¿Qué pasó en Uganda en los últimos veinte años?, ¿cómo enfrentamos el desafío?. Emergíamos de dos guerras civiles y estábamos bajo el efecto de un misterioso daño llamado “Slim”, luego conocido como SIDA. Cientos de ugandeses murieron después de una larga y dolorosa enfermedad. Entramos en un período de superstición, miedo, pánico, vergüenza, estigma y discriminación. Cuando asumimos el poder en 1986, enfrentamos la realidad.

Los científicos nos dijeron que la enfermedad era mortal, no tenía cura ni vacuna. Las guerras civiles, el desmanejo estatal y políticas inapropiadas, destruyeron nuestra economía e infraestructura social. La infraestructura médica estaba en crisis, la mayoría de los médicos exiliados y el gasto en salud era menor de 1 dólar por persona por año, éramos uno de los diez países más pobres.

Pero la enfermedad sólo se transmitía por vía sexual, de madre a hijo y a través de sangre y sus productos. No se contagiaba compartiendo el mismo aire, ni a través de picaduras de insectos o similar. La transmisión era por conductas. Teníamos que comunicarle a nuestra gente que el cambio de actitudes era una responsabilidad individual. De nuestro lado teníamos el compromiso del liderazgo y la experiencia en movilizar a la gente para superar obstáculos con

recursos mínimos. Tuvimos que ir de pueblo en pueblo advirtiendo contra el SIDA. Nuestro único arma era: **Abstenerse o postergar la iniciación sexual** en los jóvenes no casados, **ser fiel a tu compañero sexual después de hacerse el test o use preservativo si tiene más relaciones.** De la “**estrategia ABC**”, todos los líderes, hablaban en público del SIDA, el cambio de comportamiento era la única vacuna.

Juntamos todos los actores

Empezando por los sectores del gobierno, hicimos del VIH/SIDA un tema de desarrollo en el sector público. Armamos una respuesta multisectorial, priorizando los programas gubernamentales y enrolando una amplia variedad de participantes contra la enfermedad. En 1986 establecimos un Programa Nacional de Control de SIDA y lanzamos una campaña de medios. En 1987 empezó el sistema de vigilancia centinela para rastrear la epidemia. En 1992 creamos la Comisión Nacional de SIDA bajo mi presidencia para coordinar y monitorear la estrategia, presidida luego por un obispo anglicano y ahora por uno católico. Se implementó el Plan Nacional, que guió todas las acciones en distintos ministerios: Defensa, Educación, Género y Asuntos Sociales, incorporamos a la sociedad civil y organizaciones religiosas. En 2001 había 1117 grupos gubernamentales y no gubernamentales trabajando en Uganda.

Con el apoyo de la comunidad internacional iniciamos un programa de transfusiones seguras. Establecimos programas de diagnóstico y tratamiento de ETS, porque esto alimenta la epidemia en los países pobres.

* Presidente de la República de Uganda

Desde el comienzo respetamos y protegimos los derechos de los infectados. Fue crucial acabar con los prejuicios y mitos, así como con temores y culpas. El SIDA se vio como otra enfermedad, no como un hecho moral o un castigo. Al final de los '80, un músico ugandés, famoso en Europa, hizo pública su infección, volvió a Uganda y habló en colegios, iglesias y otros lugares. En 1987 se creó TASO, la organización de apoyo al SIDA, que abogó contra la discriminación y fue pionera en el cuidado comunitario de las PVVS. TASO y otras organizaciones tuvieron un importante papel en desarrollar el concepto prevención-cuidado como continuidad. Las personas que viven con el VIH se manifestaron, mejoraron su forma de vida y abogaron por la reducción del precio de los medicamentos y la mejoría de la calidad de vida. **El impacto negativo del estigma en SIDA, no se limita a los enfermos.** Al comienzo de la epidemia, ningún país tenía el coraje para admitirla. Algo similar a lo que ocurrió en Europa con la sífilis, antes que aparecieran los antibióticos.

En 1990 abrimos el primer centro confidencial voluntario con aconsejamiento en Africa. Fue el único centro en Africa cuando aún el testeo y aconsejamiento no era recomendado como una estrategia preventiva. Fue pionero dando el resultado en el día, usando tests rápidos y creando los "Club post test", para apoyar el cambio de comportamiento. A fines del '99, 550.000 personas habían sido aconsejadas y testeadas. Esto es un ejemplo del servicio del centro y de la ausencia de discriminación, la gente acudía sin temor. TASO estudió a 880 parejas que cohabitaban, encontró que 35% eran negativos. Esto muestra que todavía existe la infección en relaciones monogámicas. Aconsejamos el testeo antes del matrimonio. La prevención de la transmisión madre-hijo se benefició con el programa de testeo voluntario y aconsejamiento y será crucial en el aumento del programa antirretroviral.

Se estima que la incidencia del VIH/SIDA en mujeres adolescentes de 15 a 19 años, es tres veces mayor que en varones. El apoyo político y la movilización comunitaria sobre cambios de comportamientos enfatizaron el poder de mujeres y niñas, especialmente entre los jóvenes y en las escuelas. Se les dio a mujeres y jóvenes voz en política, se incorporó la ley de cupo para los cargos en el Parlamento. Hay cuatro jóvenes parlamentarios. Hoy tenemos muchas mujeres ministras y también la Vice Presidente, esto las incorporó a la lucha contra el SIDA.

El mejoramiento de las condiciones ambientales

impacta la infección. En 1992, el 24% de la población tenía acceso a agua potable, en el 2002 subió a casi 60%, disminuyó la migración interna y el trabajo migrante. La paz relativa lograda en Uganda, permitió cambios sociales, políticos y económicos. El índice de pobreza cayó de 44% a mediados de los '90, a 37% en 2001, y la proporción de pobres bajó de 56% en 1992 a 35% en 2000.

Somos el principal lugar donde se prueban drogas y se desarrollan vacunas. Uganda y Costa de Marfil, fueron los primeros países en que se hicieron pruebas piloto, ARV en Africa. Uganda lidera los esfuerzos internacionales de contar con medios de prevención, de transmisión madre-hijo efectivos. En la investigación de dosis única de Nevirapina, fuimos de los once países con programas piloto. Uganda fue el primer país en Africa en estudios de control de vacunas VIH.

Veinte años después tenemos algunos éxitos. El SIDA tuvo un efecto devastador que va a afectar a las generaciones futuras. Desde 1993 hay signos de esperanza, se estabilizó la prevalencia y desde 1994 empezó a disminuir especialmente entre las mujeres menores de 24 años. Según datos del Ministerio de Salud, la prevalencia en embarazadas bajó de 18% en 1991, a 6% en 2001. La incidencia, parece haber descendido significativamente. En Masaka bajó de 7,6% en 1990 a 3,2% en 1998. También disminuyó más en las mujeres jóvenes. Estimaciones iniciales, fueron confirmadas por UNAIDS. Hay quienes dicen: esto es resultado de las muertes que bajan las nuevas infecciones, pero otros países de Africa experimentan una epidemia severa como Uganda y no baja la prevalencia. Además la disminución en las mujeres jóvenes en Uganda no apoya esa explicación, se estudió el comportamiento sexual de mujeres y hombres entre 15 y 49 años en Kampala y Yinja. Se compararon los datos del '95 con los del '89, la edad de iniciación sexual en jóvenes entre 15 y 24 años bajó dos años, la mediana en las mujeres subió, el sexo ocasional en varones de 15 a 24 años disminuyó un 9%. La proporción de hombres y mujeres que intercambian sexo por dinero bajó un 50%, el uso del preservativo aumentó del 15,4% al 55,2% en hombres y del 5,8% a 38,8% en mujeres. Estudios posteriores evidenciaron la correlación entre la prevalencia en embarazadas con la población adulta en general.

La Fundación africana médica y de investigación, encontró en un distrito que en 1994 el 60% de los jóvenes de 13 a 16 años practicaban sexo, en 2001 sólo el 5%

de los adolescentes se abstienen y posponen el sexo un año. El 60% de la población es menor de 20 años, se previenen miles de infecciones por año. Algunas niñas se casan a los 13-14 años, esto está cambiando desde que la educación primaria es gratuita y universal. Los ugandeses hoy tienen menos compañeros sexuales no regulares, estudios en 1989 y 1995 muestran los hombres con compañeras sexuales ocasionales, bajó del 35 al 15%, y en las mujeres del 16 al 6%.

A pesar de todos los esfuerzos el VIH/SIDA continúa devastando al país. La seroprevalencia actual es todavía alta. Más de dos millones se infectaron y cerca de un millón murió de SIDA. Hay 1,1 millón de personas que viven con VIH, de ellos el 10% son menores de 18 años. Alrededor de 120.000 tienen SIDA y requerirán tratamiento, sólo 15.000 reciben ARV y la mayoría se lo pagan ellos. En 2002 había 2,2 millones de huérfanos, el 51% por SIDA, cerca del 25% viven con sus abuelos pobres. El 75% de las camas hospitalarias están ocupadas por enfermos de SIDA, y el tratamiento, los ARV, es de U\$S 30 por persona por año y el gasto público en salud es menor a U\$S 12. La prevalencia de la tuberculosis aumentó y 60% de las personas tienen ambas infecciones.

El impacto socio económico es grave, la expectativa de vida bajó 38%. Los ingresos familiares se redujeron un 80% en las familias donde el padre murió. Disminuyó la fuerza de trabajo y la inseguridad alimenticia. Se perdió el 0,9% del Producto Bruto Interno –PBI– en toda el África Subsahariana, con más del 20% de prevalencia el PBI bajó 2-4%. La educación se afectará por la muerte de maestros y los días perdidos por los niños que cuidan a padres enfermos. El deterioro produce mayor inseguridad económica e inestabilidad.

Desafíos futuros

El acceso a ARV es un componente importante de apoyo a las PVVS y a la prevención, ayudará a disminuir la prevalencia estabilizada en 6%. Se es más proclive a testarse voluntariamente y a decir su condición si hay acceso a tratamiento. Cuando el ARV baja la carga viral, se reduce el riesgo de transmisión sexual. La gente en tratamiento vuelve al trabajo, disminuyen las muertes y se reduce la transmisión madre-hijo. Mundialmente 5-6 millones de personas necesitan ARV, sólo el 7% en los países de bajo y mediano ingreso tiene acceso, la

mayoría en Brasil. El costo de los programas de ARV es alto. ONUSIDA estima el costo del paquete básico en África es de 3 billones por año. Con la provisión de ARV a U\$S 400 por persona por año, ascendería a 7,5 billones por año. Los donantes están aumentando el compromiso lo más rápido posible, pero para alcanzar la meta del 2005, se requiere un esfuerzo urgente e innovador. Agradecemos la ayuda de la comunidad internacional. Los fondos internacionales en 1998 eran U\$S 165 millones, en 2002 subieron a U\$S 3 billones. Agradecemos a USA que asignó a Uganda 94 millones para el 2004/5. Del Fondo Global recibimos U\$S 52 millones del primer ciclo y 111 del tercero. También recibimos U\$S 49,5 millones por cinco años del Banco Mundial.

En los últimos años aumentaron los fondos nacionales aportados para el VIH/SIDA en África. Aplaudimos que las compañías farmacéuticas de los países desarrollados bajaron sus precios y las de países de medianos ingresos como India y Brasil, que producen genéricos a precios accesibles. En 1990 en Uganda, el costo mensual de ARV era de U\$S 1000 por persona, se redujo a U\$S 28 y con el apoyo de la Fundación Clinton puede llegar a U\$S 9-15, incluyendo laboratorio.

La diseminación del acceso no regulado a drogas ARV en los países en desarrollo puede producir resistencia viral rápidamente, esto reduce las opciones futuras de tratamiento. Hay que evitar que las personas desesperadas compren ARV sin prescripción médica. La adherencia debe controlarse, las PVVS pueden desarrollar un papel importante en esto. Hace quince años pensábamos que no íbamos a tener un medicamento para el SIDA, ahora tenemos más de veinte drogas. Todavía no tenemos una cura completa, confiamos que pronto se encontrará. Es necesario asignar más recursos. El SIDA es una enfermedad de pobres, mi esperanza es que no se olviden del SIDA, como ocurrió con la Malaria.

El mundo necesita la vacuna contra el SIDA, una vacuna es posible. Si una droga efectiva y una vacuna fueran anunciadas en esta conferencia, el legado del SIDA, sería los huérfanos, que debemos cuidar. **Mirando nuestra experiencia sabemos que los medicamentos no son la única solución mágica. El comportamiento individual y la responsabilidad personal basado en el conocimiento, será nuestra mejor protección contra el SIDA y otras futuras epidemias.♦**

Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

DESIDAMOS revista periódica de divulgación científica sobre salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA, publicada por FEIM, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, con el auspicio de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Es una publicación interdisciplinaria destinada a profesionales, técnicos, docentes y otro personal que trabaja en organismos oficiales y no gubernamentales en salud sexual y reproductiva incluido el VIH/SIDA.

El objetivo de **DESIDAMOS** es contribuir a difundir información científica actualizada y accesible a todos, orientada especialmente a la prevención de las enfermedades transmitidas sexualmente y a los problemas asociados a la reproducción humana. También desea ser un canal de información y de intercambio de experiencias entre quienes trabajan en este tema.



FUNDACION
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACION
DE LA MUJER

Paraná 135, 3º piso "13" - (1017) Buenos Aires
Tel./Fax: 4372-2763
República Argentina
e.mail: feim@ciudad.com.ar
www.feim.org.ar

Reglamento de Publicaciones

DESIDAMOS publica trabajos sobre sexualidad, reproducción y VIH/SIDA con enfoque interdisciplinario.

Los trabajos deberán ser originales e inéditos, aceptándose los que hayan sido comunicados en eventos científicos (congresos, seminarios y otros) o en sociedades científicas sin publicar, debiendo aclarar reunión y fecha.

Los trabajos no inéditos podrán publicarse en forma resumida y como comunicaciones.

Los trabajos serán enviados por e-mail o por correo adjuntando diskette, presentados por escrito en hoja A4 a doble espacio y no podrán tener una extensión de más de 12 páginas, incluyendo bibliografía y cuadros o gráficos. Los cuadros y gráficos deberán tener claro los títulos, las explicaciones y la fuente de los datos.

La bibliografía, presentada en hoja aparte, deberá limitarse a aquellos artículos directamente relacionados con el trabajo mismo, evitándose las revisiones bibliográficas extensas. Las referencias se presentarán numeradas, en orden alfabético de autores con los títulos de las publicaciones. Los artículos de revistas figurarán en la forma usada por el Index Medicus (Ej.: Med. Care, 12:627-637, 1974). Los libros deberán figurar con su título, editor, ciudad y año de aparición.

Los trabajos originales deberán presentar un resumen de unas 200 palabras. Además, podrán agregar un resumen más explicativo de hasta 700 palabras, con un título completo y con referencias a las figuras y tablas.

Se ruega enviar dirección postal, número de teléfono y correo electrónico del autor principal para facilitar la comunicación.

La redacción se reserva el derecho de aceptar o no los trabajos, así como de introducir –con el conocimiento de los autores– los cambios editoriales necesarios. Los originales no serán devueltos a los autores en ningún caso.